Aus dem Seminar für Sozialhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Erich Schröder

Ursachen und Auswirkungen des Bettenmangels in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose.

Ein Beitrag zur Frage „Tuberkulose und Wohnung"
mit besonderer Berücksichtigung der
Verhältnisse in Berlin 1953-1957.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Christian Benad
aus Dresden

1962

Aus dem Seminar für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Erich S c h r ö d e r

Ursachen und Auswirkungen des Bettenmangels in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose.

Ein Beitrag zur Frage "Tuberkulose und Wohnung" mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Berlin 1953-1957.

- - - - - -

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt
von
Christian B e n a d
aus Dresden

Dekan: Professor Dr.med. Bernhard S c h m i d t

Referent: Professor Dr.med. Erich S c h r ö d e r

Korreferent: Professor Dr.med. Fritz T r a u t m a n n

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 5. 12. 1962.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung . . . . . S. 1

II. Themastellung und Untersuchungsverfahren . . . S.12

III. Ergebnisse über die Ursachen des Bettenmangels S.16

IV. Ergebnisse über die intrafamiliäre Infektion S.25

V. Maßnahmen der Tbk.-Fürsorgestellen S.29

VI. Kasuistik S.32

VII. Zusammenfassung S.105

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546826_0074

I. Nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus im Jahre 1882 durch Robert KOCH verbreitete sich die Hoffnung, nun auch bald eine wirksame spezifische Behandlungsmöglichkeit zu finden. Mit der Zahl fehlgeschlagener Versuche verringerten sich diese Hoffnungen aber und man suchte nach anderen Möglichkeiten, die Tuberkulose zu bekämpfen. So entstanden die ersten fürsorgerischen Bestrebungen, die sich nicht nur mit hygienisch-prophylaktischen Maßnahmen, sondern auch mit den wirtschaftlichen Verhältnissen der Tuberkulösen befassten. Bei der Untersuchung der sozialen Faktoren widmete man zunächst der Wohnung grössere Beachtung, insbesondere dem Verhältnis zwischen Wohnungsgrösse und Bewohnerzahl. Dies führte zu der Feststellung, daß die grösste Tuberkulosesterblichkeit in den ärmeren Bevölkerungsschichten herrschte, in denen die Relation zwischen Wohnungsgrösse und Bewohnerzahl am ungünstigsten war. CORNET[9] sagt hierzu: " Als natürliche Folge der Infektiosität nimmt die Tuberkulose umsomehr zu, je dichter die Bevölkerung wohnt... Aus dem gleichen Grunde wird durch schlechte soziale Verhältnisse, welche die Familien in eine enge Wohnung zusammenzwängen, die Ansteckungsgefahr erheblich vergrössert". Ähnliches berichtet JOUILLERAT [26], der bei einer 1910 in Paris durchgeführten Untersuchung "sechs Wohnviertel mit einer entsetzlich hohen Tuberkulosesterblichkeit ausmachte; sie waren eng verbaut mit vielstöckigen Häusern und kleinen überdachten Höfen". Zur gleichen Zeit stellt DÖRNER [10] in Würzburg fest, daß in kleinen Einzimmerwohnungen annähernd doppelt so viel Tuberkulöse wohnen wie in ausreichenden Wohnungen. Zusammenfassend sagt HIRSCH [19], daß das Auftreten der Tuberkulose umso häufiger ist, je weniger Häuser einer Anzahl von Menschen zur Verfügung stehen. Diese besonders in den Jahren zwischen 1890 und 1910 durchgeführten Untersuchungen waren die Folge der damals verbreiteten Auffassung, die Tuberkulose sei eine Wohnungskrankheit, worauf auch BÜRGERS [6] hinweist.

Alle diese Untersuchungen, so eindrucksvoll sie auch im Augenblick erscheinen, gingen in ihren Beweisführungen von unrichtigen Voraussetzungen aus. Man erkannte damals noch nicht die mit der Tuberkulose und Wohnungsfrage verknüpfte Problematik.

Bei allen Betrachtungen in diesem Zusammenhang darf nämlich nicht vergessen werden, daß die Tuberkulose mehr als jede andere Infektionskrankheit dem GOTTSTEIN'schen Vielfaktoren gesetz [15] unterliegt. "Dieses Gesetz sagt in Kürze, daß zwar für die Verbreitung der Infektionskrankheit der Erreger immer unabdingbare Voraussetzung, d.h. causa morbis, ist, daß aber .. eine Vielfalt von Faktoren Ausdehnung und Ablauf der Seuche bestimmt." (zit.SCHRÖDER). Einer dieser Faktoren ist die soziologische Struktur, von der die Wohnung wieder nur ein Teilfaktor ist. Auf die anderen Teilfaktoren, wie z.B. Ernährung und Berufsarbeit, kann hier nicht eingegangen werden. Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß man im und nach dem ersten Weltkriege, nachdem man bis dahin den Wohnungseinfluss auf die Tuberkulose so überschätzt hatte, in ein anderes Extrem verfiel, indem man der Ernährung zu grosse Bedeutung beimaß. So meinte z.B. FISCHER[12]: " ... Der Weltkrieg hat uns mit aller Deutlichkeit erkennen lassen, daß die Tuberkulose in erster Linie eine Ernährungskrankheit ist.." Der Einfluß und die Bedeutung der sozialen Faktoren ist bei den einzelnen Infektionskrankheiten sehr unterschiedlich.

Die Wohnung spielt bei allen anderen Infektionskrankheiten nur eine untergeordnete Rolle, da diese meist von kürzerer Dauer sind und häufig unter schwereren klinischen Bildern ablaufen, sodaß die Erkrankten sich sofort in stationäre Behandlung begeben. Erst dann, wenn die Keimträger sich dauernd in der Wohnung aufhalten - und das ist gerade bei der Tuberkulose sehr oft der Fall - nimmt die Wohnung einen grösseren Einfluß auf die Epidemiologie der Tuberkulose. So sagt ICKERT[24]: "Die Wohnung spielt bei der Übertragung der Tuberkulose insofern eine überaus bedeutsame Rolle, als in einer engen Wohnung die Insassen dem Offentuberkulösen, wenn einer vorhanden ist, nicht immer ausreichend ausweichen können".

DRESEL[11] (S. 64) betont die Abhängigkeit des Wohnungseinflusses von der Anwesenheit ansteckungsfähiger Tuberkulöser, indem er sagt: "Ohne Mensch und ohne Tuberkelbazillus hat die Wohnung zur Tuberkulose überhaupt keine Beziehung". Die Tuberkulose ist also an sich keine Wohnungskrankheit; letzten Endes bleibt immer der Tuberkulöse die Quelle der Ansteckung.

Die grössere Bedeutung der Wohnung für die Tuberkulose als für die übrigen Infektionskrankheiten wird erklärt durch die Epidemiologie der Erkrankung. Eine Besonderheit besteht darin, daß die Tuberkulose ausser im Säuglingsalter im mittleren Erwachsenenalter auftritt. Dadurch erkrankt oft derjenige, der die Familie zu ernähren hat. Die zweite Besonderheit, nämlich der heute vorwiegend chronische Verlauf der Tuberkulose -s.hierzu auch SCHRÖDER[32] - wirkt sich in diesem Falle besonders ungünstig aus. Durch Verdienstausfall verschlechtern sich notgedrungen die sozialen Verhältnisse, der Tuberkulöse kann somit nicht mehr so viel Geld für seine Wohnung wie vor der Erkrankung bezahlen. Selbst wenn die Erkrankung nicht so schwer ist und der Kranke wenigstens leichter Arbeit nachgehen kann, führt dies zu einer Verschlechterung seiner sozialen Lage. WILLFÜHR[35] konnte nachweisen, daß die Tuberkulösen nach ihrer Erkrankung billigere Wohnungen bezogen. Auch von anderen Autoren wurde diese Feststellung bestätigt. DRESEL[11] (S.76) sagt hierzu: "Die Wohnung, in der der Tuberkulöse stirbt, ist meist nicht die Wohnung, in der er sich infiziert hat."

Die Verschlechterung der Wohnverhältnisse wirkt sich zumeist in doppelter, nämlich in quantitativer und in qualitativer Richtung aus. Neben der Raumbeengung, die eine erhöhte Ansteckungsgefahr bedingt, spielt der Zustand der Wohnung eine mindestens ebenso grosse Rolle, da die Ansteckungsgefahr in einer schlechten Wohnung, wie z.B. durch Feuchtigkeit, Dunkelheit, Belüftungs- und Heizungsmöglichkeiten, wesentlich beeinflusst wird.

Aus den bisherigen Betrachtungen ergibt sich, daß schlechte Wohnverhältnisse eher Folge als Ursache der tuberkulösen Infektion zu sein scheinen. Demgegenüber stehen die Erhebungen anderer Autoren. So sagt beispielsweise ICKERT[21]: "Eine unhygienische Wohnung ist geeignet, die Widerstandsfähigkeit ihrer Bewohner in bezug auf alle möglichen Krankheiten, insbesondere gegenüber dem Tuberkelbazillus herabzumindern. Bei an Tuberkulose Erkrankten sind nach Unterbringung in einer unhygienischen Wohnung bei sonst gleichen Umweltsverhältnissen neue Schübe der Krankheit beobachtet worden; umgekehrt kann sich die Krankheit bei Verbringung Tuberkulöser in einwandfreie Wohnungen verbessern."

Die Zusammenhänge sind also keineswegs so einfach, wie sie auf den ersten Blick erscheinen. Die Klärung der Frage, ob schlechte Wohnverhältnisse Ursache oder Folge der tuberkulösen Erkrankung sind, ist von einiger Bedeutung. Sollte nämlich allein das Letztere der Fall sein, wäre das ganze Problem nur noch eine Angelegenheit der Sozialfürsorge, nicht mehr aber des Mediziners bzw. Sozialhygienikers. Allem Anschein nach scheint es aber so zu sein, daß zwar zunächst die schlechten Wohnverhältnisse als Folge einer tuberkulösen Erkrankung auftreten, daß die schlechten Wohnverhältnisse sich ihrerseits aber wieder ungünstig auf die Tuberkulose auswirken, also bis zum gewissen Grade auch als Ursache für eine tuberkulöse Infektion in Frage kommen. Hierbei taucht allerdings die Frage auf, wie weit beim Vorliegen schlechter Wohnverhältnisse die Verschlechterung der klinischen Situation direkt auf diese zurückgeführt werden kann.

FLÜGGE[13] weist darauf hin, daß der Einfluss der Wohnung auf die Tuberkulose in einem an der Tuberkulosesterblichkeit messbaren Grade gering ist, ..." denn in den letzten Jahrzehnten vor der Jahrhundertwende ging die Tuberkulosesterblichkeit stark zurück, zu einer Zeit also, wo gerade besonders schlechte Wohnverhältnisse herrschten."

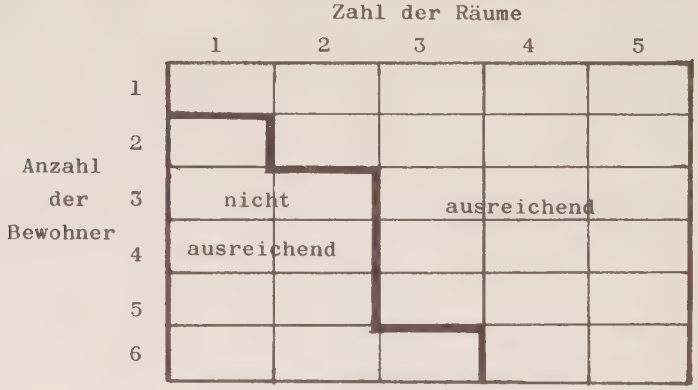
FISCHER[12] betont, daß es sehr schwer ist, den Einfluss der Wohnung isoliert darzulegen, da die soziale Lage der Inhaber schlechter Wohnungen ganz allgemein ungünstig ist und die Häufung von Tuberkulosefällen in dieser Gruppe nicht ohne weiteres der schlechten Wohnung zuzuschreiben ist. Demnach müssen bei dem Frągenkomplex "Wohnung und Tuberkulose" noch andere Dinge eine Rolle spielen.

Von Bedeutung ist vor allem das Verhalten der Wohnungsinhaber. FLÜGGE[14] formuliert dies so: "Die Exposition bei grosser Wohndichtigkeit ist nicht als bleibende Eigenschaft einer Wohnung, sondern als missbräuchliche Benutzungsart einer solchen anzusehen." Untersuchungen von SCHRÖDER und HERBST[33], die im Jahre 1942 an Hand des Tuberkulinkatasters in Berlin-Charlottenburg durchgeführt wurden, zeigten, daß die Infektionsgefährdung von Kindern in Familien mit tuberkulös Erkrankten bei geeignetem Verhalten der Bewohner nur unwesentlich höher als bei anderen Kindern liegt. Dementsprechend misst SCHRÖDER der Wohnungspflege erhöhte Bedeutung bei und unterscheides in diesem Zusammenhange auch einen objektiven und einen subjektiven Wohnungsfaktor, wobei unter ersterem die Grösse, Beschaffenheit und Lage einer Wohnung, unter letzterem das hygienische Verständnis und die Pflege der Räume durch die Bewohner verstanden werden.

Ein anderes Beispiel dafür, wie weit der Einfluss der Wohnung vom Verhalten der Bewohner abhängig ist, gibt KOCH[27], der im Jahre 1910 über Untersuchungen berichtete, wonach die grösste Tuberkulosesterblichkeit nicht in den Großstädten, wo die Kontaktdichte am grössten ist, sondern in den weitaus weniger dicht besiedelten Gebieten an der Nordseeküste (Friesland) herrschte. Als Ursache hierfür kam die Gewohnheit der Bevölkerung in Frage, in sogenannten Butzen zu schlafen, wandschrankähnlichen Möbeln, die meist von mehreren Personen gleichzeitig benutzt wurden.

Ähnliches berichtet JAKOB[25] von Untersuchungen über die Tuberkulose und die hygienischen Mißstände auf dem Lande. U.a.sagt er: "Wir haben in den Dörfern des Kreises Hümling vielfach Häuser angetroffen, in denen eine sechs- bis achtköpfige Familie (der sich oft noch Knechte und Mägde hinzugesellten) nur zwei winzig kleine niedrige Schlafkammern mit je einem Bett zur Verfügung standen". Dies führte zu der Schlußfolgerung, daß innerhalb der Wohnung dem Schlafraum und dem eigenen Bett gewisse Bedeutung zuzukommen scheint. Entsprechend wurde die Forderung erhoben, daß jeder Tuberkulöse ein eigenes Bett und möglichst einen eigenen Schlafraum zur Verfügung haben sollte (BÜRGERS[6], ICKERT[23] u.a.).

BRAEUNING[4] stellte 1937 in diesem Zusammenhange ganz präzise Forderungen auf, die er als Mindestforderungen bezeichnete. "Die Familie des Tuberkulösen braucht für den Tuberkulösen ein eigenes Bett, einen Schlafraum allein oder nur mit einem Erwachsenen bei getrennt stehenden Betten, in der Wohnung 8 qm Bodenfläche für jede Person in Wohnstuben, Schlafstuben und Küchen ohne Flur, Klosett usw.". Bekannt ist das von ihm aufgestellte "Treppenschema", welches infolge seiner Bedeutung für die vorliegende Arbeit kurz erklärt werden soll.



Durch dieses Schema ist es möglich, sich aufgrund der Anzahl der Bewohner einer Wohnung und der Zahl der Wohnräume einen Überblick auf die Wohnverhältnisse zu verschaffen. Alle Fälle, die links der Treppe stehen, weisen eine unzureichende Wohnung auf, während alle Fälle rechts der Treppe eine einwandfreie Wohnung besitzen. Erklärend muss hierzu noch gesagt werden, daß die Küche hierbei als Wohnraum gerechnet wird, sofern es sich nicht um Untermieter mit gemeinsamer Küchenbenutzung handelt. Da in Berlin, im Gegensatz zu anderen Gegenden Deutschlands, die Küche meist keine Wohnküche ist, wodurch die Kontaktdichte verringert wird, stellt das Treppenschema für Berlin die äusserste Grenze dar, wonach eine Wohnung noch als ausreichend bezeichnet werden kann. Ein anderer Nachteil des Schemas ist in der Tatsache zu sehen, daß nur die Zahl der Räume, nicht aber ihre Grösse und Beschaffenheit berücksichtigt wird.

Inwiefern kommt aber innerhalb der Wohnung gerade dem Schlafraum und innerhalb desselben wieder dem eigenen Bett grössere Bedeutung zu ? Zur Beantwortung dieser Frage ist es notwendig, einiges über die Art der tuberkulösen Infektion zu sagen. Als Infektionsquelle für eine Ansteckung mit Tuberkulose kommt in erster Linie der erkrankte Mensch in Frage. Die Ansteckung mit dem Typus bovinus ist heute in Deutschland, wie im Zentralblatt des Deutschen Zentralkomitees zur Tuberkulosebekämpfung angegeben wird, mit 10 bis 15 % an der Gesamtinfektion beteiligt. In England spielt diese Art der Infektion seit etwa zwei Jahrzehnten kaum noch eine Rolle, vgl. hierzu die Untersuchungen HATFIELDs[18] und POWELLs[29] über die intrafamiliäre Infektion bei ansteckungsfähigen Tuberkulösen. Von dem erkrankten Menschen werden die Keime durch den Auswurf ausgestreut. Bei Hustenstössen, aber auch beim Atmen allein werden grosse Mengen von Keimen ausgestossen, die vom Gesunden direkt eingeatmet werden können. Diese Art der Infektion, die sogenannte Tröpfcheninfektion, stellt aber nur die unmittelbare Gefahr einer Ansteckung dar. Infolge der grossen Resistenz des Tuberkelbazillus, der sich

im Dunkeln, in der Kälte und bei Trockenheit monatelang halten kann, kommt auch der Staubinfektion erhebliche Bedeutung zu. Empfindlich ist der Tuberkelbazillus nur gegenüber dem direkten Sonnenlicht, das ihn in wenigen Minuten zum Absterben bringt.

Der engste Kontakt zwischen den Menschen, die zusammen in einer Wohnung leben, ist aber beim gemeinsamen Schlafen in einem Raum oder gar im selben Bett gegeben. Von Bedeutung ist der Umstand, daß in diesem Falle von Desinfektionsmitteln, durch welche hauptsächlich die Staub- und Schmierinfektion verringert wird, selbst bei sonst einsichtsvollem Verhalten die Ansteckungsgefahr nicht beeinflusst werden kann, da der Kranke dem Gesunden, der mit ihm im selben Raum oder gar im selben Bett schläft, die Keime direkt übertragen kann.

Die Schlafraum- und Bettenverhältnisse sind in der Vergangenheit mehrfach untersucht worden, So berichtet BÜRGERS[6] (S.159), daß nach Untersuchungen, die in den Jahren 1903 und 1913 in Berlin durchgeführt wurden, nur 16,9 % der Tuberkulösen einen eigenen Schlafraum hatten, während 16,7 % mit drei, 9,8 % mit vier und 8,8 % mit fünf bis sieben Personen in einem Raum schliefen. BUNGENSTOCK[7] konnte feststellen, daß im Jahre 1939 in Gelsenkirchen von 470 Offentuberkulösen 4,6 % kein eigenes Bett hatten. Allerdings gehörte ein solcher Prozentsatz damals zu den Seltenheiten, wie aus den Jahresberichten des ehemaligen Reichstuberkuloseausschusses hervorgeht. Demzufolge ergaben sich für alle ansteckungsfähigen Tuberkulösen folgende Anteile von ansteckungsfähigen Tuberkulösen ohne eigenes Bett

1934	1935	1936	1937	1938
2,9 %	2,2 %	1,6 %	1,2 %	0,7 %

Es ist einleuchtend, daß in Notzeiten die Wohnverhältnisse besonders schlecht sind und der Bettenmangel grösser ist als in normalen Zeiten. Katastrophal ist nach GRIESBACH[15] 1936

der Bettenmangel in Österreich gewesen, wo "von 100 infektiösen Schwerkranken 11,2 das Bett mit anderen Personen teilen mussten". Durch die Folgen des 2. Weltkrieges ist eine erhebliche Wohnungsnot entstanden, die sich auf dem Sektor der Tuberkulosebekämpfung ganz besonders verhängnisvoll ausgewirkt hat. So gibt es heute noch eine beträchtliche Anzahl von ansteckungsfähigen Tuberkulösen, die in unzureichenden Wohnungen untergebracht sind und teilweise auch kein eigenes Bett zur Verfügung haben. Dies hat die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Wohnung wieder in den Vordergrund gebracht, wobei wiederum, wie dies schon früher der Fall war - siehe BRAEUNING[3] - dieses Problem zu einseitig gesehen wurde. BÜRGERS[7] machte 1949 den Vorschlag, seinen schon 1920 einer grösseren Stadt Westdeutschlands vorgelegten Plan in die Tat umzusetzen, wonach für alle Tuberkulöse und tuberkulosegefährdeten Familien beim Wohnungsbau ein klimatisch günstig gelegener Stadtbezirk vorzusehen sei. Abgesehen von den Nachteilen, die sich aus der gemeinsamen Unterbringung Tuberkulöser in eigens dafür vorgesehenen Stadtgebieten oder Stadtrandsiedlungen ergeben - worauf BRAEUNING[3] schon 1937 und 1950 auch MEYER[28] hinweisen - ist der Vorschlag, eigens für Tuberkulöse bestimmte Wohnungen zu bauen, praktisch nicht durchführbar. SCHRÖDER betont, daß in Zeiten akuter Wohnungsnot, wo die Unterbringung tuberkulosegefährdeter Familien in gesunden Wohnungen am dringlichsten erscheint, es nicht möglich sein wird, die für diese Familien reservierten Wohnungen nach dem Tode oder der klinischen Heilung des Patienten freizubekommen, weil man zu diesen Zeiten natürlich keine anderen Wohnungen für die Angehörigen der Verstorbenen oder Geheilten zur Verfügung haben wird. Die ursprünglich für tuberkulosegefährdete Familien gedachten Wohnungen würden also in absehbarer Zeit nicht mehr für ihren eigentlichen Zweck zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, daß die Wohnung, wie schon erwähnt, nur ein Teilfaktor der sozialen Verhältnisse ist, deren Einfluss auf die Epidemiologie der Tuberkulose nur mitbestimmend aber nicht ausschlaggebend ist.

Es sei hier an das GOTTSTEINsche Vielfaktorengesetz erinnert, wozu SCHRÖDER[30] sagt: "Diese Faktoren sind keineswegs wie man schlechthin und besonders bei der Tuberkulose gern annimmt, die sozialen Verhältnisse. Es sind auch wesentliche biologische Faktoren darunter, so etwa die Altersgliederung der Bevölkerung oder die Verbreitung der natürlichen und künstlichen Resistenz." In Anlehnung an das GOTTSTEINsche Vielfaktorengesetz stellte er daher für die Tuberkulose eine EPIDEMIEFORMEL auf, die im einzelnen folgendes besagt:

Tuberkulose als Volks - krankheit	= Infekt. Quellen	Bevölk. Struk- tur	+ Soziol. - Struk- tur	+ Jahres- - zeit Klima
	(Stärke + Häufig- keit)	Natürl. Resist. (Konsti- tution)	Spezif. + Resist. - (Durch- seuchg. Schutz- impfg.)	Prophyl. + Thera- - pie

Die Bevölkerungsstruktur, die soziologische Struktur sowie Jahreszeit und Klima bezeichnet SCHRÖDER als Schrittmacherfaktoren, die natürliche Resistenz, die spezifische Resistenz, sowie Prophylaxe und Therapie als Hemmungsfaktoren. Dazu gibt er folgende Erklärung: "Bei stärkerer Auswirkung der Schrittmacherfaktoren, etwa bei der besonderen Altersdisposition der Säuglinge oder bei schweren Erschütterungen der sozialen Faktoren, wie sie sich aus Kriegs- und Hungerkatastrophen ergeben, nähern sich die Schrittmacherfaktoren - mathematisch gesprochen - der Grösse unendlich, d.h. die Anfälligkeit wird so gross, daß auch ohne Vermehrung der Infektionsquellen das Produkt eine grosse Ausdehnung der Tuberkulose wird. Gelingt es andererseits, die Hemmungsfaktoren, sei es durch die Verbesserung der Therapie, sei es durch Erhöhung der spezifischen Resistenz, so zu verstärken, daß eine - wiederum mathematisch gesprochen - Grösse im Nenner sich dem Wert "unendlich" nähert, so ergibt sich $\frac{1}{\text{unendlich}} = 0$, d.h. die Anfälligkeit

wird so gering, daß die vorhandenen Infektionsmöglichkeiten keinen Boden finden und die Seuche erlischt."

Diese Formel ist natürlich nicht in der Lage, alle Faktoren in der Epidemiologie der Tuberkulose zu berücksichtigen, aber sie gibt doch die Richtung an, in der vom Standpunkt des Sozialhygienikers die Tuberkulosefürsorge der Zukunft zu führen ist.

Nur unter Berücksichtigung der Kompliziertheit des Problems, wie es aus der Epidemieformel ersichtlich ist, läßt sich die Bedeutung der einzelnen Faktoren richtig ermessen.

So erscheint es völlig absurd, wenn heute - unter Hinweis auf mögliche Strahlenschäden - die Ansicht vertreten wird, man sollte die Zahl der Röntgenreihenuntersuchungen ein - schränken, da allein durch den Bau von Wohnungen für die Tuberkulösen die Epidemiologie der Tuberkulose verbessert werden könnte.

Um den Einfluss der Wohnung auf die Tuberkulose überhaupt richtig ermessen zu können, ist es bei allen Untersuchungen in dieser Richtung unabdingbare Voraussetzung, daß nicht nur die Wohnverhältnisse an sich, sondern auch die Auswirkungen derselben berücksichtigt werden, was durch die Feststellung der intrafamiliären Infektion leicht möglich ist. In der Vergangenheit wurde aber der Fehler gemacht, daß nur die Wohnverhältnisse untersucht und in Beziehung zur Tuberkulosesterblichkeit gesetzt wurden. Dabei stellte man dann entweder fest, daß zwischen schlechten Wohnverhältnissen und Tuberkulosesterblichkeit ein Zusammenhang bestand, oder was seltener der Fall war (s.hierzu auch FLUGGE[13]), daß dies nicht der Fall war.

Noch im Jahre 1955 wurde dieser Fehler begangen, als BARR[2]) Untersuchungen der Wohnverhältnisse in Nordirland vornahm. BARR berichtet über 328 Tuberkulöse, von denen, obwohl die Mehrzahl in Einfamilienhäusern wohnte, nur 130 einen eigenen Schlafraum und nur 162 (!), das ist knapp die Hälfte, ein eigenes Bett besassen. Die intrafamiliäre Infektion, die allein ein Bild von den Auswirkungen dieser schlechten

Wohnverhältnisse hätte verschaffen können, liess BARR unberücksichtigt.

Fassen wir die bisherigen Betrachtungen zusammen, so läßt sich folgendes sagen: In der älteren Literatur war die Auffassung verbreitet, die Tuberkulose wäre eine Wohnungskrankheit. Leider wurde diese Behauptung nicht nur von Laien - kreisen mehr oder weniger kritiklos in die Gegenwart übernommen, obwohl inzwischen einwandfrei festgestellt wurde, daß diese Ansicht eine unzulässige Simplifizierung bedeutet. Die Wohnung ist nur ein Teilfaktor der soziologischen Struktur und nur genaue Analysen, die auch die Auswirkungen der Wohnverhältnisse hinsichtlich der intrafamiliären Infektion berücksichtigen, sind geeignet, die Frage nach der Grösse des Einflusses der Wohnung auf die Epidemiologie der Tuberkulose zu beantworten.

II. Eine derartige Analyse stellt die vorliegende Arbeit dar. An Hand der in drei Berliner Verwaltungsbezirken bekannten Fälle von ansteckungsfähigen Tuberkulösen ohne eigenes Bett (im folgenden a.T.o.e.B.) wurde versucht, folgende Fragen zu klären.

1. Welches sind die Ursachen für den Bettenmangel in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose ?
2. In welchem Umfang hat sich dieser Bettenmangel auf die intrafamiliäre Infektion ausgewirkt ?

Für unsere Untersuchung wählten wir die drei Bezirke Kreuzberg, Reinickendorf und Wedding mit einer Gesamteinwohnerzahl (Ende 1957) von 648 731, welche in der Grössenordnung der Einwohnerzahl einer Stadt wie beispielsweise Frankfurt am Main (Ende 1957 639 330) vergleichbar ist. Innerhalb Westberlins sind diese drei Bezirke als Industriegebiete und Arbeiterwohngegenden gekennzeichnet. In diesen Bezirken war der Anteil der a.T.o.e.B. zahlenmässig am grössten und die Zahl der zu erwartenden Fälle am ehesten geeignet, eine Antwort auf die zur Debatte stehenden Fragen zu geben.

Um das Schicksal der einzelnen Fälle über einen grösseren Zeitraum verfolgen zu können, aber auch, um einen Überblick über die Situationsverbesserung zu gewinnen, wurden sämtliche Fälle untersucht, die in einem Zeitraum von fünf Jahren zu irgendeinem Zeitpunkt von den Tuberkulosefürsorgestellen als a.T.o.e.B. geführt wurden. Dabei wurde so vorgegangen, daß alle Fälle, die zwischen dem 1. Januar 1953 und dem 31. Dezember 1957, soweit die Unterlagen noch vorhanden waren, als a.T.o.e.B. registriert waren, als Untersuchungsmaterial herangezogen wurden. Eine andere Auswahl als in zeitlicher Hinsicht wurde nicht getroffen. Sämtliche Fälle wurden bis zum 31. Dezember 1957 verfolgt, den wir im folgenden als Stichtag bezeichnen wollen.

Grundlegend für die durchgeführte Untersuchung war das vorhandene Aktenmaterial. Bei auftauchenden Fragen wurden diese mit den Tuberkuloseärzten und-fürsorgerinnen besprochen und in einigen Fällen wurden auch Hausbesuche durchgeführt. Die Kasuistik wurde an den Schluß dieser Arbeit gestellt, da die einzelnen Ergebnisse zum besseren Verständnis im Zusammenhang mitgeteilt und erörtert werden.

In der Folge wird bei Angaben von Diagnosen die 1943 von SCHRÖDER[34)] aufgestellte Qualitätsdiagnosenordnung zugrunde gelegt, die deshalb (in gekürzter Form) mitgeteilt werden soll:

I. Fürsorgefälle

Ia Krankheitsgruppe der ansteckenden Tuberkulose der Atmungsorgane mit Bazillenbefund

11. Formenkreis der primären Lungentuberkulose
12. Formenkreis der hämatogen zerstreutherdigen Lungentuberkulose.
13. Infiltrate und Infiltrierungen.
14. Formenkreis der vorwiegend exsudativen Lungentuberkulose einschliesslich der pneumonisch verlaufenden Formen.
15. Formenkreis der vorwiegend produktiv und cirrhotisch verlaufenden Lungentuberkulose.
16. Lungentuberkulose verbunden mit Staublunge.
17. Lungentuberkulose der Formen 13-16 mit Kehlkopftuberkulose.
18. Lungentuberkulose der Formen 13-16 mit Darmtuberkulose
19. Lungentuberkulose der Formen 14-16 mit Tuberkulose anderer Organe.

Ib Krankheitsgruppe der ansteckenden Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Bazillenbefund.

21. Formenkreis der primären Lungentuberkulose.
22. Formenkreis der vorwiegend produktiv verlaufenden Lungentuberkulose.
23. Infiltrate mit Infiltrierungen.
25. Formenkreis der vorwiegend produktiv-cirrhotisch verlaufenden Lungentuberkulose.
26. Lungentuberkulose mit Staublungen.
29. Lungentuberkulose der Formen 23-25-26 mit Tuberkulose anderer Organe.

Ic Krankheitsgruppe der nicht ansteckenden aber aktiven Tuberkulose der Atmungsorgane.

31. Säuglinge und Kleinkinder mit positiver Tuberkulinreaktion ohne nachweisbare Organerkrankung.
32. Formenkreis der hämatogen zerstreutherdigen Lungentuberkulose.
33. Tuberkulöse Infiltrate und Infiltrierungen.
34. Tuberkulöse Pleuritis exsudativa und sicca.
35. Formenkreis der überwiegend produktiv-cirrhotisch verlaufenden Lungentuberkulose.
36. Lungentuberkulose mit Staublungen.
37. Tumorige Bronchialdrüsentuberkulose.
38. Tuberkulose der Formen 33-36 mit Hals-und Mesenterialdrüsentuberkulose.
39. Lungentuberkulose der Formen 33-36 mit Tuberkulose anderer Organe.

Id Aktive Tuberkulose anderer Organe.

II. Überwachungsfälle

IIa Ruhende (klinisch geheilte) Tuberkulose der Atmungsorgane.

41. Harter Primärkomplex oder abgeheilte Bronchialdrüsentuberkulose.
42. Verkalkte Streuherde.
43. Infiltratreste und Indurationsfelder.
44. Abgeheilte Pleuritis.
45. Restzustand nach vorwiegend produktiv-cirrhotischer Lungentuberkulose.
46. Restzustand nach Lungentuberkulose mit Staublunge.
47. Ausgeheilte Lungentuberkulose mit ausgeheilter Kehlkopftuberkulose.
48. Ausgeheilte Lungentuberkulose mit ausgeheilter Darmtuberkulose.
49. Ausgeheilte Lungentuberkulose mit ausgeheilter Tuberkulose anderer Organe.

IIb Klinisch geheilte Tuberkulose anderer Organe.

IIc Gruppe der Gesunden Exponierten und exponiert gewesenen.

IId Diagnostisch ungeklärte Fälle.

Einen Überblick über die Tuberkulosesituation in Westberlin in den Jahren 1953 und 1957 gestattet die folgende Tabelle:

	Ia + Ib-Fälle	Ic-Fälle	Id-Fälle
1953	12 956	19 049	2 539
1957	9 137	21 418	2 293

Tab. 1

Daraus geht hervor, daß nicht nur die Zahl der aktiven Tuberkulose zurückgegangen ist, sondern insbesondere eine recht erhebliche Verschiebung von den ansteckenden zu den nicht ansteckenden Formen der Tuberkulose in diesem Zeitraum stattgefunden hat.

In der folgenden Tabelle, der statistische Erhebungen des Gesundheitsamtes des Landes Berlin zugrunde gelegt wurden, soll ein Überblick auf die Verteilung der ansteckungsfähigen Tuberkulösen (Ia + Ib-Fälle) auf die einzelnen Westberliner Verwaltungsbezirke unter Berücksichtigung der a.T.o.e.B. vermittelt werden:

Bezirk	Ia + Ib-Fälle 1953	Ia + Ib-Fälle 1957	davon ohne eig.Bett 1953	davon ohne eig.Bett 1957
Charlottenburg	1161	856	-	-
Steglitz	861	698	-	-
Tempelhof	681	533	-	-
Wilmersdorf	1023	677	-	-
Zehlendorf	266	218	-	-
Schöneberg	1370	874	-	-
Tiergarten	628	533	4	2
Spandau	785	786	6	2
Neukölln	1513	1211	7	1
Kreuzberg	1543	994	16	14
Reinickendorf	1082	740	5	7
Wedding	1160	1067	17	7

Tab.2

Dementsprechend befanden sich 1953 unter 12 956 ansteckungsfähigen Tuberkulösen 55, die kein eigenes Bett hatten, wo - gegen das Verhältnis im Jahre 1957 9 137 zu 37 war. Daraus errechnet sich ein Anteil der a.T.o.e.B. unter den ansteckungsfähigen Tuberkulösen von 0,42 % im Jahre 1953 bzw. 0,40 % im Jahre 1957. Bei den drei Bezirken, in denen die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, kommt man bei dieser Rechnung auf einen Prozentsatz von 1,04 sowohl für 1953 als auch für 1957.

Es ist also auch ein Rückgang der a.T.o.e.B. in diesem Zeitraum zu verzeichnen, aber - dies erscheint bemerkenswert - der zahlenmässige Anteil am Gesamtbestand der ansteckungsfähigen Tuberkulösen ist der gleiche geblieben.

Von 1952 bis 1957 hat nach ADAM[1)] die Zahl der ansteckend Tuberkulösen in Westberlin um 26,4 % abgenommen, die Zahl der Wohnungen mit ansteckend Tuberkulösen um 26,5 %, die Zahl der überfüllten Wohnungen mit ansteckend Tuberkulösen aber um 43,7 % . Umso verwunderlicher ist es deshalb, daß die Zahl der a.T.o.e.B., die doch am schlimmsten von der Wohnungsnot betroffen sind, nur um den gleichen Prozentsatz abgenommen hat.

Hier spielen sicher psychologische Dinge eine Rolle. Es ist eine bekannte Tatsache, daß Familien Tuberkulöser, denen grössere Wohnungen zugewiesen werden, diesen Umstand zum Teil als willkommene Einnahmequelle benutzen, indem sie sofort Untermieter aufnehmen, wodurch die alte Situation der Wohraumbeengung wieder hergestellt wird. So konnte ICKERT[20)] (S.610) beispielsweise in Insterburg beobachten, daß das Zimmer für den Kranken an Schlafgänger vermietet wurde, der Kranke schlief dann wieder mit der Ehefrau in einem Zimmer.

Die von uns angestellte Analyse erbrachte im einzelnen folgende Resultate:

III. Das erhaltene Untersuchungsmaterial erstreckt sich auf 47 Fälle von ansteckungsfähigen Tuberkulösen ohne eigenes Bett. Dabei handelte es sich in 26 Fällen um männliche, in 21 Fällen um weibliche Personen, was einem Verhältnis von etwa 55:45 entspricht.

Die Verteilung auf die einzelnen Altersstufen geht aus Tab. 3 hervor.

	unter 10 J.	10-19 J-	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60 und mehr J.
männlich	0	0	3	9	5	8	1
weiblich	1	2	6	7	4	0	1

Tab.3

Die Gesamtzahl der am Stichtag mit den Kranken in einem Haushalt lebenden Personen belief sich einschliesslich der Kranken auf 192, davon entfiel ein Anteil von 83 auf Kinder bis 14 Jahre. Acht Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren lebten ausserhalb der Familiengemeinschaft in Heimen, bei Bekannten oder Verwandten, da in der eigenen Familie wegen Platzmangels keine Unterbringungsmöglichkeiten für sie vorhanden waren.

Mit einer Ausnahme (Fall Nr. 17) lebten a l l e Familien zum Zeitpunkt der Registrierung durch die Tuberkulosefürsorgestellen in unzureichenden Wohnungen im Sinne BRAEUNING's (vgl. Treppenschema S.6).

In vier Fällen, die deshalb künftig als "unechte" bezeichnet werden sollen, schliefen die Kranken zwar in einem eigenen Bett, wurden aber als a.T.o.e.B. geführt, da die Zahl der Familienmitglieder nicht der Zahl der vorhandenen Betten entsprach (Nr.13, 25 und 41), oder weil das Bett nur geliehen war (Nr. 42). In den ersten drei Fällen war Platzmangel, im vierten Geldmangel die Ursache für das fehlende Bett. Bei diesen Fällen war die Situation am Stichtage unverändert. Die Ursachen für den Bettenmangel in den übrigen Fällen sind aus Tab. 4 ersichtlich, in der gleichzeitig die am Stichtag bestehende Situation Berücksichtigung findet.

Ursachen	z.Zeitpunkt der Registrierung	am Stichtag
Platzmangel	38	19
Geldmangel	1	1
Eigene Schuld	3	5

Tab.4

Zum Verständnis der engeren Zusammenhänge ist es erforderlich, über diese reinen Zahlenangaben hinaus auf Einzelheiten einzugehen. Zunächst könnte beanstandet werden, daß die Summe der in der linken Spalte aufgeführten Fälle nur 42 ergibt, obwohl nach Abzug der vier unechten von 47 Fällen 43 zu erwarten wären. Dies wird dadurch erklärt, daß in einem Falle (Nr.8) die Kranke zum Zeitpunkt der Registrierung zunächst in einem eigenen Bett schlief. Erst später entstand durch Möbelanschaffung eine Raumbeengung - die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann eine Stube und Küche, zwei Kinder sind aus Platzmangel bei den Grosseltern untergebracht - , wodurch nur noch Raum für ein Bett vorhanden war.

Unter den 38 Fällen (Nr.1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46 und 47) befanden sich drei, in denen der Platzmangel durch die eigene Schuld der Kranken erklärt werden konnte. Da dies paradox klingt, sollen diese Fälle kurz geschildert werden:

Fall Nr.10: Der Kranke bewohnt mit seiner Ehefrau seit 1951 eine enge, dunkle Kochstube, die so klein ist, daß nur ein Bett aufgestellt werden kann. Die Ausstellung einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorgestelle an das Wohnungsamt ist nur dann möglich, wenn die Registrierungsnummer des Wohnungsamtes vorgelegt wird. Der Kranke ist jedoch in den ganzen Jahren nicht in der Fürsorgestelle erschienen ("da die Fürsorge ja doch nichts für ihn tue"), so daß auch hier der Platzmangel, wenn auch indirekt, auf die Schuld des Kranken zurückzuführen ist.

Fall Nr.24: Der Kranke bewohnt mit seiner Ehefrau und einer 5-jährigen Tochter eine Laube, die aus einem Wohnraum und einem kleinen Nebenraum, der erst zur Küche ausgebaut wurde, besteht. Da die Kranke aber nur sehr selten in der Tuberkulosefürsorgestelle erschien, war eine Beurteilung ihrer

Erkrankung zum Zeitpunkt der Antragstellung beim Wohnungsamt nicht möglich, so daß auch keine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt werden konnte.

Im Fall Nr.38 wohnt der Kranke mit seiner Ehefrau und einem 19-jähr.Sohn in einer äusserst engen, sonnenlosen 1/1-Wohnung ohne Korridor. Die Stube ist etwa 2,5 x 4,5 m gross und hat nur ein Fenster. Alle drei Personen schlafen in der Stube, die Küche ist zu klein, um das Aufstellen einer Schlafgelegenheit zu gestatten. Der Kranke schläft mit der Ehefrau im selben Bett. Am 10.12.1956 wurde eine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt, in der dringendst um Zuweisung einer ausreichenden und für den Kranken geeigneten Wohnung gebeten wurde. Am 9.2.1957 teilte das Wohnungsamt der Tbk.-Fürsorgestelle mit, daß dem Kranken am 12.12.1956 ein Merkblatt und Antragsformular zugesandt worden sei, der Kranke aber bisher nicht darauf reagiert habe.

In diesen Fällen bestand also seitens der Kranken überhaupt kein Interesse an der Beseitigung der schlechten Wohnverhältnisse.

Der in einem Falle (Nr.7) vorliegende Geldmangel, der als Ursache für das fehlende Bett in Frage kam, war am Stichtag beseitigt, der Kranke schlief in einem eigenen Bett, welches er aufgrund einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorgestelle vom Sozialamt erhalten hatte.

Grösste Beachtung verdienen insbesondere diejenigen Fälle, in denen der Bettenmangel weder durch Platz- noch durch Geldmangel erklärt, sondern direkt auf das Verschulden der Kranken zurückgeführt werden konnte.

Im Fall Nr.6 bewohnt der Kranke mit seiner Ehefrau und einem 21-jähr. Sohn eine zwar sonnenlose und fusskalte - es wurde deshalb auch eine Befürwortung für die Zuweisung einer besseren Wohnung ausgestellt - 1 1/2 Zimmerwohnung, in der aber ohne weiteres das Aufstellen von drei (auch vorhandenen) Schlafgelegenheiten möglich gewesen wäre. Trotzdem schlief der Kranke mit seiner Ehefrau im selben Bett. Zum Stichtag befand sich der Kranke in stationärer Behandlung. Nach seiner Entlassung soll er in dem kleinen Zimmer allein schlafen.

Auch im Fall Nr.12 sind die Wohnverhältnisse sehr schlecht - die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann und drei Kindern zwischen 8 und 4 Jahren eine Wohnung, die aus einer Küche und einem grossen Wohnzimmer besteht. Doch auch hier war die Möglichkeit gegeben, für die Kranke eine eigene Schlafgelegenheit aufzustellen. Zum Stichtag hatte man von dieser

Möglichkeit auch Gebrauch gemacht. - Bezeichnend für die soziale Einstellung der Familie ist die Tatsache, daß es in der Wohnung "an allem" fehlt, jedoch ein teurer Radioapparat angeschafft wurde.

Besonders interessant ist der Fall Nr.17, da er von allen der einzige ist, in dem der Kranke eine einwandfreie Wohnung im Sinne BRAEUNINGs hat. Die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann eine Stube und Küche, die zwar sonnenlos und fusskalt, jedoch ausreichend gross ist. (Wir erkennen an diesem Fall den Nachteil des BRAEUNINGschen Treppenschemas recht deutlich !) Die Kranke gewährte erst nach Jahren der Fürsorgerin einen Blick in die Küche, die einen äusserst verwohnten und verwahrlosten Eindruck machte. Die Stube ist nie gezeigt worden. Nach Angaben der Kranken soll diese nur mit einem Bett und einem Küchenschrank möbliert sein und noch schlimmer als die Küche aussehen. Die Kranke hat jedoch immer alle angebotenen Hilfeleistungen abgeschlagen, da sie "mit keinem etwas zu tun haben möchte" .

Es zeigt sich also in einer nicht unbedeutenden Zahl der Fälle, in denen schlechte Wohnverhältnisse vorlagen, daß das Verhalten der Bewohner tatsächlich daran beteiligt ist.

Abschliessend soll noch kurz etwas über einen Fall(Nr.15) mitgeteilt werden.

Hier handelt es sich um einen 34-jähr.Mann, der wegen seiner Erkrankung 1957 invalidisiert wurde. Seine Familie besteht aus Ehefrau und fünf Kindern im Alter von 7 Jahren bis 10 Monaten (auf den Stichtag bezogen). Sein Einkommen setzt sich zusammen aus 140.- DM Grundrente, 90.-DM Kindergeld, 78.- DM Pflegezulage und 225.- DM Familienzuschlag, das sind insgesamt 533.- DM für zwei Erwachsene und fünf Kinder. Gleichzeitig mit der Gewährung der Rente erhielt der Kranke eine Nachzahlung von 1600.- DM, die er zum Teil für die Anschaffung eines Fernsehapparates im Werte von 850.- DM verwendete, den er zur Hälfte gleich bezahlte, während der Rest in monatlichen Raten zu 40.- DM bezahlt wird. Ausserdem besitzt der Kranke ein Moped. Die Wohnung aber ist äusserst dürftig eingerichtet !

Soweit die Situation zum Zeitpunkt der Registrierung der Fälle durch die Tbk.-Fürsorge.

Während bisher die Verhältnisse zum Zeitpunkt der Registrierung der Fälle durch die Tuberkulosefürsorge geschildert wurden, bestanden demgegenüber am Stichtag folgende Verhältnisse: Bei 20 Abnahmen der Platzmangelfälle war nur ein Fall (Nr.8) (durch eigene Schuld) hinzugekommen. Personell war der Kreis also fast der gleiche geblieben.

Dieser Rückgang war auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. In acht Fällen schieden die Kranken als ansteckungsfähige Tuberkulöse aus, davon sieben (Nr. 29-33, 45 und 46) durch Umgruppierung in andere Diagnosengruppen, einer durch den Tod der Kranken, der wegen seiner Besonderheit hier kurz beleuchtet werden soll:

Fall Nr.34: Es handelt sich hier um eine 35-jähr.ledige Frau mit einem 15-jähr.Sohn, die sich mit diesem während der Berichtszeit meistens abwechselnd bei der Mutter des Kindesvaters oder ihrer eigenen Mutter aufhielt, die beide eine feuchte 1/1-Kellerwohnung besassen. Die Kranke war ohne Beruf und stand als hwG-Person (Person mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr) in ständiger Überwachung der Geschlechtskrankenfürsorge. Auf ihre diesbezügliche Anamnese kann hier verzichtet werden. Die Anzeige einer tuberkulösen Erkrankung erfolgte durch die Schirmbildstelle. Bei der Aufnahmeuntersuchung durch die Tbk.-Fürsorge am 9.10.1953 wurde die Diagnose Ia14 gestellt, die sich auf eine Durchleuchtung, eine Aufnahme und positiven Sputumbefund stützte. Die Kranke war in der Folgezeit mehrfach in stationärer Behandlung, brach diese aber trotz fortschreitender Ausdehnung des Prozesses immer gegen ärztlichen Rat ab oder kehrte von ihr gewährten Urlauben nicht zurück, so daß bereits im Februar 1955, wie aus einem Entlassungsbericht hervorgeht, die Prognose als infaust galt. Dementsprechend verstarb die Kranke am 19.10. 1956 "an den Folgen einer ausgedehnten, cavernösen, offenen Lungentuberkulose nach einer stärkeren Lungenblutung". Es steht ausser Frage, daß hier das höchst uneinsichtige Verhalten der Kranken, wenn auch nicht allein, so doch in erster Linie den schicksalshaften Verlauf der Erkrankung bestimmte.

In den restlichen zwölf der 20 Verbesserungsfälle trat eine Änderung durch Verbesserung der Wohnverhältnisse ein (Nr.1, 2, 9, 15, 20, 27, 28, 35, 36, 39, 43 und 47).

Von diesen erscheinen allerdings trotzdem in der zweiten Spalte der Tabelle 4 vier Fälle, in denen zum Stichtag immer noch Bettenmangel herrschte.

In drei Fällen hiervon (Nr. 1, 2, und 20) schliefen die Kranken nämlich nach Beseitigung des Platzmangels weiterhin mit anderen Familienmitgliedern im gleichen Bett, ohne daß hierfür ein zwingender Grund erkennbar gewesen wäre.

Der vierte Fall (Nr.28) erscheint unter der Rubrik "Geldmangel", obwohl auch hier eine Schuld des Kranken nicht von der Hand zu weisen ist. Nachdem nämlich der Platzmangel durch Zuweisung einer grösseren Wohnung beseitigt worden war, gab der Kranke an, er könne aus finanziellen Gründen kein zweites Bett anschaffen, sodaß er weiterhin mit seiner Ehefrau im selben Bett zu schlafen gezwungen sei. Ihm konnte allerdings von der Tbk.-Fürsorge nicht geholfen werden, da er es ablehnte, Auskunft über seine finanziellen Einkünfte zu geben, weshalb ihm übrigens von der Inneren Mission auch keine Hilfe gewährt wurde.

Innerhalb der Berichtszeit trat jedoch in zwei weiteren Fällen ebenfalls eine Änderung der Wohnverhältnisse ein, die aber ohne Erfolg blieben, der Kranke also nach wie vor kein eigenes Bett besass.

In einem Fall (Nr.37) wurde zwar von der Tuberkulosefürsorge 1953 eine Befürwortung an das Wohnungsamt um Zuweisung einer grösseren Wohnung ausgestellt, in der Zwischenzeit bezog die Familie aus eigener Veranlassung eine gerade freigewordene Wohnung im gleichen Hause, die aber ebenso klein wie die vorige war, sodaß die Situation unverändert blieb. In der zweiten im Jahre 1956 ausgestellten Befürwortung wurde auf diese Situation hingewiesen und erneut dringend um Zuweisung einer ausreichenden Wohnung gebeten.

Im zweiten Fall (Nr.18) war es wieder die eigene Schuld der Kranken, daß der Platzmangel trotz Zuweisung einer ausreichenden Wohnung bestehen blieb bzw. kurz danach wieder auftrat. Da dieser Fall sehr eindrucksvoll schildert, wie wenig Zweck es hat, den Tuberkulösen geeignete Wohnungen zur Verfügung zu stellen, wenn von deren Seite keine Einsicht in den Sinn dieser Maßnahme besteht, sollen die Zusammenhänge in diesem Fall kurz beleuchtet werden:

Es handelt sich hier um eine 27-jähr.Frau mit einer seit 1948 bekannten Anamnese, die im Jahre 1951 als Flüchtling aus der SBZ nach Westberlin kam. Sie wohnte hier zunächst zusammen mit ihrer Tante in mehreren Kochstuben. 1954 bekam sie ihr erstes Kind. Auf Bemühungen der Tbk.-Fürsorge wurde ihr 1956 eine 2/1-Wohnung zugewiesen, eine Wohnung also, die selbst im Falle einer Heirat ausreichend gewesen wäre. Den Mietvertrag schloss jedoch nicht die Kranke, sondern ihre Tante ab ! Die Kranke bewohnte demnach in der ihr zugedachten Wohnung ein Zimmer als Untermieterin ihrer Tante. Im Januar 1957 heiratete die Kranke, der Ehemann zog zu ihr. Inzwischen hatte sich auch die Tante verlobt und der Verlobte hielt sich sehr oft in der Wohnung auf. Im Laufe des Jahres 1957 liess die Kranke eine Schwester und einen ebenfalls tuberkulösen Bruder aus der SBZ kommen, die sie beide bei sich aufnahm. Im August des gleichen Jahres bekam die Kranke ein zweites

Kind, sodaß am Stichtag folgende Situation bestand: Die Kranke bewohnte mit ihrem Ehemann ein Zimmer, in dem aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden kann. Das jüngere Kind schlief im gleichen Zimmer in einem Kinderbett. Die 3-jähr.Tochter und die Schwester schliefen im Zimmer der Tante, in welchem sich tagsüber auch noch der Bräutigam derselben aufhielt. Der ebenfalls tuberkulöse Bruder schlief in der Küche !!!

Von den insgesamt 14 Fällen also - die durch Umgruppierung ausgeschiedenen bleiben unberücksichtigt -, in denen irgendeine Veränderung der Wohnverhältnisse eintrat, führte diese nur in 8 Fällen (Nr.9, 15, 27, 35, 36, 39, 43 und 47) zum gewünschten Erfolg, daß nämlich der Kranke ein eigenes Bett erhielt.

Bemerkenswert ist die weitere Feststellung, daß nur in vier dieser 14 Fälle (Nr.1, 27, 28 und 35) die Wohnungsverbesserung so weit ging, daß die Familien eine einwandfreie Wohnung im Sinne BRAEUNINGs erhielten. In den übrigen Fällen war die Änderung der Wohnverhältnisse, wenn auch mit Ausnahme eines Falles (Nr.37) eine Beseitigung des Platzmangels erzielt und in einem zweiten (Nr.18) doch möglich gemacht wurde, nicht so eingreifend, sodaß die Kranken nach wie vor in zu kleinen Wohnungen untergebracht waren. Die Frage der höheren Miete für grössere Wohnungen ist bei den von uns untersuchten Fällen nicht für diese nur mangelhafte Verbesserung ausschlaggebend gewesen. Demnach liegt die Ursache wahrscheinlich in der ungenügenden Anzahl grösserer Wohnungen. Es zeigt sich hier der Nachteil des anteilmässig überwiegenden Neubaues von Kleinwohnungen. HARMSEN[17] weist in diesem Zusammenhang mit Besorgnis auf die Entwicklung des Sozialen Wohnungsbaues hin. "Zwar könnten die Vergünstigungen, die das Wohnungsbaugesetz dieser vordringlichsten Aufgabe einräumt, auch bei der Errichtung von Vierzimmerwohnungen gewährt werden. Die Orientierung am "Bedarf" wird aber nicht zuletzt auch aus propagandistischen Gründen dazu führen, daß in erster Linie kleinste Wohneinheiten von nur 1 1/2 Räumen erstellt werden, Einraumwohnungen oder Wohnküchen mit Schlafzimmer".

Wie berechtigt die im Jahre 1950 von HARMSEN geäusserten Bedenken waren, geht aus einer Zusammenstellung hervor, die das Statistische Bundesamt veröffentlichte. Danach betrug 1950 der Wohnungsbestand in der Bundesrepublik 12,7 Millionen. Dabei entfiel ein Anteil auf Wohnungen mit 1 und 2 Räumen von 17 %, mit 3 und 4 Räumen von 58 % und mit 5 und mehr Räumen von 25 %. Der Zugang der in den Jahren 1950 bis 1956 gebauten Wohnungen beträgt 3,3 Millionen. Bei diesen Wohnungen zeigt sich eine deutliche Verschiebung in der Grössenordnung der Wohnungen. Der Anteil der Wohnungen mit 1 und 2 Räumen ist nämlich von 17 auf 26,9 %, also um mehr als das Anderthalbfache angestiegen, desgleichen ist eine Zunahme der Wohnungen mit 3 und 4 Räumen von 58 auf 69 % zu verzeichnen, während der Anteil der grossen Wohnungen mit 5 und mehr Räumen nur 4,1 % im Vergleich zu früher 25 % ausmacht.

Der anteilmässig hohe Prozentsatz Kleinwohnungen bringt es notwendigerweise mit sich, was durch unsere Untersuchungen bestätigt wurde, daß auch grössere Familien in diesen untergebracht werden. Tritt nun in diesen Familien eine tuberkulöse Erkrankung ein, so besteht kaum eine Ausweichmöglichkeit, d.h. der Kranke kann nicht von der übrigen Familie isoliert werden. Es liegt auf der Hand, daß durch die Entwicklung, wie sie sich jetzt im Sozialen Wohnungsbau abzeichnet, die Expositionsprophylaxe stark beeinträchtigt wird.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß heute als Ursache für den Bettenmangel hauptsächlich der Platzmangel anzusehen ist, der wieder in erster Linie auf schlechte Wohnverhältnisse zurückzuführen ist, wobei zu berücksichtigen ist, daß diese beim heutigen Stand des Sozialwesens weniger durch eine schlechte soziale Lage als vielmehr durch die allgemeine Wohnungssituation bedingt sind. Der Geldmangel spielt dagegen nur eine untergeordnete Rolle, was nicht zuletzt auf das Tuberkulosehilfegesetz von 1942 zurückzuführen sein dürfte. Von grosser Bedeutung ist jedoch die mangelnde Initiative und Krankheitseinsicht der Kranken und ihrer Angehörigen, die, wie die Analyse wohl bewiesen hat, in mehreren Fällen sogar ausschlaggebend für den Bettenmangel war.

IV. Der zweite Teil der Analyse befaßt sich mit der klinischen Situation, wobei die Frage geklärt werden soll, von welcher Bedeutung der Bettenmangel in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose hinsichtlich der intrafamiliären Infektion ist.

Die Aufgliederung der 47 untersuchten Fälle in die einzelnen Gruppen der SCHRÖDER'schen Qualitätsdiagnosenordnung zeigt, daß der Formenkreis der vorwiegend produktiv-cirrhotisch verlaufenden Lungentuberkulose weitaus am häufigsten vertreten ist. Eine genaue Übersicht gibt die Tab. 5:

Diagnose	Ia11	Ia13	Ia14	Ia15	Ib25
Zahl d.Fälle	2	2+)	8+)	34	1

+) Einer der unter Ia13 und drei der unter Ia14 angegebenen Fälle wurden zeitweise auch als Ia15 geführt.

Tab.5

Mit diesen 47 Kranken zusammen lebten insgesamt 152 Personen, darunter 65 Erwachsene, 11 Jugendliche und 76 Kinder.

Infolge des fünf Jahre umfassenden Zeitraumes der Untersuchung kam es nicht nur zu Veränderungen derbereits geschilderten Wohnverhältnisse, sondern auch zu Veränderungen innerhalb der Familien und der klinischen Befunde der Familienmitglieder. Bei der Aufstellung einer tabellarischen Übersicht wurden im Interesse der Übersichtlichkeit diese Momente unbe - rücksichtigt gelassen.

Bei der folgenden Übersicht verdienen zwei Punkte besondere Beachtung:

1. Infolge mangelnder Krankheitseinsicht sind einige Personen trotz mehrmaliger Aufforderungen durch die Fürsorgestellen überhaupt nicht oder nur einmal zur Intersuchung erschienen oder es wurde nur ein Befundbericht vom Hausarzt überwiesen.

2. Bei Umgebungsuntersuchungen von Erwachsenen durch die Fürsorgestellen beschränkt sich die Diagnostik außer der klinischen Untersuchung auf Röntgen- und Sputumbefunde, die bei Kindern üblichen Tuberkulinproben werden dagegen nicht durchgeführt. Aufgrund dieser Befunde werden diese Personen dann der SCHRÖDER'schen Diagnosenordnung entsprechend eingestuft. Bei allen Personen aber, die als IIc-Fälle (Gruppe der gesunden Exponierten und exponiert gewesenen) eingestuft werden, läßt sich daher nicht mit Sicherheit sagen, ob sie infiziert sind oder nicht.

Im allgemeinen wird bei unserer Bevölkerung angenommen, daß die Mehrzahl tuberkulös infiziert ist und die mit ansteckungsfähig Tuberkulösen zusammenlebenden Personen - zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt - als infiziert anzusehen sind.

Für die vorliegende Untersuchung stellen die zwei genannten Punkte deshalb einen gewissen Unsicherheitsfaktor dar, weil im ersten Fall eine eingetretene Infektion oder Erkrankung nicht mit Sicherheit auszuschliessen ist, während im zweiten Fall nichts darüber ausgesagt werden kann, ob überhaupt eine Infektion - und wenn, ob sie während der Berichtszeit oder schon zu einem früheren Zeitpunkt eingetreten ist.

Um trotz dieser Einschränkungen Einblick in die Rolle des fehlenden Bettes als Faktor für die intrafamiliäre Infektion zu gewinnen, wurde die Übersicht in zwei Gefahrenkreise unterteilt: A. Gemeinsames Bett, B. Gemeinsame Wohnung, wobei eine Unterteilung in Erwachsene, Jugendliche und Kinder vorgenommen wurde.

Dabei erscheinen die unter Punkt 1 (letzter Absatz S. 25) genannten Personen unter den Rubriken "n.e." (nicht erfaßt) und "1 x" (1mal erschienen).
Alle IIc-Fälle der bei Punkt 2 (s.o.) erwähnten Personen erscheinen in der Rubrik "infiziert".

Gefahrenkreis A: Gemeinsames Bett

	Gesamtzahl	erkr.	infiz.	gesund	n.e.	1 X
Erwachsene	38	5[1]	23[2]	-[2]	5[3]	5[4]
Jgdl.(15-20)	0					
Kinder (-14)	5	3	2	-	-	-

1) Eine Person erkrankte vor dem Patienten, vor dem Zeitpunkt des Zusammenschlafens (Fall Nr. 12)
Im Fall Nr. 33 handelt es sich um ein Flüchtlingsehepaar, welches nach seiner Ankunft in Westberlin vorübergehend in einem Bett schlief. Während dieser Zeit wurde bei beiden eine Erkrankung festgestellt, wobei aus den Unterlagen nichts über einen evtl. früheren Erkrankungsbeginn zu ersehen war.

2) Siehe Hinweis S.26, Punkt 2.

3) Darunter befinden sich zwei Personen eines Falles (Nr.34), bei denen die 1956 verstorbene Kranke abwechselnd schlief.

4) In zwei Fällen (Nr.24 u.40) erschienen die Betreffenden einmal zur Untersuchung. In drei anderen Fällen (Nr.37, 39 u. 44) lag den Fürsorgestellen ein vom Hausarzt übersandter Schirmbildbefund vor. Alle fünf Fälle wurden als IIc51 (gesunde Überwachungsfälle) eingestuft.

Tab. 6

Gefahrenkreis B: Gemeinsame Wohnung

	Gesamtzahl	erkr.	infiz.	gesund	n.e.	BCG
Erwachsene	27	5[1]	14[2]	-[2]	8[3]	-
Jgdl.(15-20)	11	3	2	2	2[3]	1
Kinder(-14)	71	15	15[4]	14	10	17

1) In zwei Fällen (Nr.6 u.29) erkrankten je eine Person vor dem Patienten.

2) Siehe Hinweis S.26, Punkt 2.

3) Hierunter befinden sich ein Erwachsener und ein Jugendlicher (Fall Nr.27), die deshalb nicht erfasst wurden, weil es sich hier um die erste Ehefrau des Kranken und deren Sohn handelt, mit denen der Patient aber nur bis 1954 zusammenlebte; als a.T.o.e.B. wurde er aber erst nach der zweiten Eheschließgung registriert.

4) Zwei Kinder des Falles Nr.45 halten sich aus Platzmangel ausserhalb der Familie auf; beide waren bereits 1951 Moro positiv.

Tab. 7

Beim Gefahrenkreis "Gemeinsames Bett" ergab sich also, daß von 38 Erwachsenen mindestens vier erkrankt sind, während von 23, die als infiziert gelten, nicht sicher nachzuweisen ist, ob die Infektion durch das Zusammenschlafen oder durch andere Umstände eingetreten ist. Dagegen ist ersichtlich, daß von fünf Kindern unter 14 Jahren drei erkrankten; für die übrigen zwei, die infiziert waren, gilt dasselbe wie für die Erwachsenen.

Diese Erkrankung des größeren Teiles der Kinder ist doch mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Zusammenschlafen zurückzuführen. Daran zeigt sich, daß das Zusammenschlafen mit Kindern eine hohe Gefahr darstellt. Aber auch bei den Erwachsenen ist diese Gefahr höher als bei den übrigen Personen, die nur mit den Kranken zusammenleben, was sich aus der Übersicht des Gefahrenkreises "Gemeinsame Wohnung" ergibt.

Bei diesem Gefahrenkreis ist die Zahl der erkrankten Kinder (15 von 77) anteilmäßig wesentlich geringer, desgleichen die Zahl der Infektionen.

Bei Kindern und Jugendlichen ist der Unterschied der beiden Gefahrenkreise bezeichnend, während er bei Erwachsenen nicht so signifikant ist. Letzteres ist wohl nicht darauf zurückzuführen, daß das Nichtzusammenschlafen keine Bedeutung hat, sondern vielmehr darauf, daß der lange Zeitraum des Zusammenlebens hier als pathogenetischer Faktor wirkt.

Das fehlende Bett in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose ist also in doppelter Hinsicht von Bedeutung für die intrafamiliäre Infektion. Bei Kindern kommt es als direkte Infektionsursache in Betracht, bei Erwachsenen spielt es aber auch eine Rolle, insofern nämlich, als es ein Indikator für sehr schlechte Wohnverhältnisse ist, wobei - als Ergebnis der durchgeführten Untersuchungen - die intrafamiliäre Infektion besonders hoch ist.

V. **Abschließend soll noch kurz erläutert werden, wie die Wohnungsbeschaffung für Tuberkulöse heute gehandhabt wird und welche Schwierigkeiten sich dabei ergeben.**

Zwischen den einzelnen Ländern der Bundesrepublik bestehen zwar im einzelnen wesentliche Unterschiede, im allgemeinen aber arbeiten die Gesundheitsbehörden mit den Wohnungsämtern zusammen. In Berlin wurden von den Gesundheitsämtern in Zusammenarbeit mit den Wohnungsämtern zur bevorzugten Unterbringung Tuberkulosekranker in ausreichenden und geeigneten Wohnungen vier Dringlichkeitsstufen aufgestellt:

a) "Äußerst dringend" befürwortet bei Kranken mit ansteckender Tuberkulose, die ohne eigene Wohnung sind.

b) "Dringend befürwortet" bei Kranken mit aktiver Tuberkulose, die sich in Heimen, Flüchtlingslagern usw. befinden.

c) "Dringend befürwortet" werden ebenfalls die Anträge von Kranken mit aktiver Tuberkulose, bei denen gesundheitsschädigende oder gesundheitsgefährdende Wohnverhältnisse (Überbelegung, Feuchtigkeit, Kälte, Schwammbefall) bestehen.

d) "Befürwortet " werden Antrage von Personen mit nicht aktiver Tuberkulose.

Wie wir in unseren Untersuchungen feststellen konnten, war in nahezu allen Fällen von den Tuberkulosefürsorgestellen eine derartige Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt worden. Die Verbesserung der Wohnverhältnisse während der Berichtszeit muß jedoch als unzureichend angesehen werden.

Hier ist neben dem Verhalten des Kranken, die teilweise an einer Verbesserung gar nicht interessiert sind, ein anderer Faktor von gewisser Bedeutung. Bei der in Berlin besonders ungünstigen Wohnungssituation der Nachkriegsjahre (einschließlich der Berichtszeit) wurde außer der Unterbringung in Neubauten auch versucht, die Kranken in Altbauwohnungen unterzubringen. Während der Gültigkeitsdauer des Kontrollratsgesetzes Nr.18 war dies leichter möglich, wogegen seit der Verkündung des Wohnraumgesetzes vom 31.3.1953 gewisse Schwierigkeiten auftraten. Seitdem nämlich stehen dem Vermieter größere Freiheiten in der Auswahl der Mieter zu, und Kranke sowie Kinderreiche und sozial schlechtgestellte Familien werden sehr häufig abgelehnt. Doch selbst bei Berücksichtigung der genannten Faktoren bleibt ein bedeutender Anteil der von uns untersuchten Fälle übrig, in denen eine wesentliche Verbesserung der Wohnverhältnisse möglich gewesen wäre. Wir erinnern an die Fälle, in denen zwar eine Verbesserung erreicht wurde, die aber in der Mehrzahl so gering war, daß die Familie nach wie vor in Wohnungen lebten, die nicht den BRAEUNING'schen Mindestforderungen genügten. Wir möchten deshalb anregen, die Wohnungsbeschaffung für Tuberkulöse, insbesondere ohne eigenes Bett, noch mehr zu intensivieren und hierbei auf Wohnungen des Sozialen Wohnungsbaues zurückzu - greifen.

Aufgrund eines Erlasses des Niedersächsischen Aufbauministeriums vom 12.12.1951 werden von allen Wohnungen des Sozialen Wohnungsbaues in Niedersachsen 3% für Tuberkulosekranke vorgesehen. In Bremen ist dieser Anteil mit 10% noch wesentlich höher. Angesichts der in Berlin besonders ungünstigen Wohnungssituation unter den Tuberkulosekranken möchten wir vorschlagen, die Frage zu erörtern, ob die Einführung ähnlicher Maßnahmen auch in Berlin angebracht ist.

Angesichts der auf S. 24 erwähnten ungünstigen Entwicklung im Sozialen Wohnungsbau möchten wir abschließend anregen, daß die Wohnungsbaubehörden beim Bau von neuen Wohnungen künftig die Größe derselben besser als bisher dem vor - handenen Bedarf entsprechend einrichten.

K A S U I S T I K

Fall Nr. 1: B., Wilhelm, 51 Jahre

Familie: Ehefrau B., Anna, 54 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Seit Januar 1957 209.- DM Sozialrente.

Anamnese:

Erkrankungsmeldung an die Tbk.-Fürsorgestelle im November 1951 durch ein Westberliner Krankenhaus. Aufnahmeuntersuchung am 24.3.1952; Diagnose Fa6 (Aufnahme und Durchleuchtung). Februar 1953: Fa6/Ia15. Seit 1953 Ia15.
FA.: Ehefrau immer als IIc51 eingestuft.

Wohnung:
Herr N. bewohnte mit seiner Ehefrau bis November 1955 als Untermieter bei seiner Schwester ein kleines, ca. 12 qm grosses, einfenstriges Zimmer im vierten Stockwerk eines Quergebäudes. Auf eine Befürwortung durch die Fürsorgestelle an das Wohnungsamt erhielt er eine 2/1-Wohnung (30 qm) im ersten Stock eines Seitenflügels. Die Wohnung ist hell, trocken,heizbar. Die Wohnung ist nur mit dem notwendigsten Mobiliar ausgestattet, macht jedoch einen gepflegten Eindruck. Der Kranke schläft immer noch mit seiner Frau im selben Bett. Die Beschaffung einer zweiten Schlafgelegenheit, die in der vorigen Wohnung aus Platzmangel nicht möglich war, ist geplant.

Bemerkungen:
Bei einem Hausbesuch im November 1956 ist die Wohnung nur mässig sauber gehalten. Die Fürsorgerin hat den Eindruck, als sei die Ehefrau an der Haushaltführung uninteressiert. Im Mai 1957 erscheint Herr B. in der Fürsorgestelle mit der Bitte um eine Sonderunterstützung, die er mit einem Geldverlust begründete. Aus den Akten des Kranken ist ersichtlich, daß er dieses Manöver bereits zweimal versucht hat. Als die Fürsorgerin seine Bitte unter Hinweis hierauf ablehnt, wird er renitent.

Zusammenfassung:
6-jährige Anamnese, immer ansteckungsfähig gewesen.
In den ersten vier Jahren wohnte der Kranke mit seiner Frau in einem kleinen Raum, in dem aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden konnte. Auf Grund einer Befürwortung durch die Fürsorgestelle erhielt er im Dezember 1955 eine ausreichend grosse Wohnung. Trotzdem schlief er weiterhin, obwohl hierfür kein zwingender Grund mehr vorlag, mit seiner Ehefrau im selben Bett. Eine Infektion der Ehefrau konnte nicht nachgewiesen werden.

Fall Nr.2: N., Elisabeth, 35 Jahre

Familie: Ehemann N., Henri, 31 Jahre - N.,Dieter, 8 Jahre- N., Horst, 5 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Familie ist im September 1955 nach Westberlin gekommen. Die Notaufnahme erfolgte im Wege des Ermessens. Ehemann ist Kraftfahrer. Von März bis September 1956 wurde von der Fürsorgestelle eine Heizungszulage von 24.- DM monatlich gezahlt. Eine weitere Zahlung war nicht möglich, da der Ehemann keine Unterlagen über die Höhe seines Einkommens vorlegte.

Anamnese:
1952 wurde erstmalig Tuberkulose festgestellt (nach der Geburt des zweiten Kindes). Vor dem Zuzug nach Westberlin erfolgte die Betreuung durch eine Ostberliner Tuberkulosefürsorgestelle. Diagnose bei der Aufnahmeuntersuchung in Westberlin am 3.10.1955 (Ia15 - Aufnahme und Durchleuchtung). Seitdem keine Änderung bis zum Stichtag.

FA.: Ehemann immer als IIc51 eingestuft. Dieter am 20.10.55 IIa41/IIc51, Moro pos. Seit 3.4.57 IIc51. Horst (im Osten BCG-geimpft) am 20.10.55 IIc51, seit 3.12.56 IIa41/IIc51.

Wohnung:

Von 1955 bis 1957 wohnte die Familie bei der Schwiegermutter, bei der noch eine Schwägerin wohnte, in einer kleinen Wohnung, die aus Stube und Küche bestand, im 2.Stock eines Seitenflügels. Für die vier Erwachsenen waren nur zwei Betten vorhanden, sodaß die Kranke mit ihrem Ehemann im selben Bett schlief. Die Kinder schliefen auf einer Matratze auf dem Fussboden bzw. in der Badewanne. Die vorhandene Aussentoilette wurde von insgesamt 16 Personen benutzt. Aufgrund einer Befürwortung durch die Tuberkulosefürsorgestelle an das Wohnungsamt im Oktober 1955 erhielt die Familie im Januar 1957 eine 1/1-Wohnung (Stube und Küche). Die Wohnung ist sauber gehalten, jedoch nur dürftig möbliert. Die Kranke schläft in einem eigenen Bett.

Bemerkungen:

Im Dezember 1957 wurde die Kranke von ihrem Ehemann wegen Ehebruchs schuldig geschieden, der Ehemann wohnt jedoch weiterhin bei ihr. Seit der Scheidung erhält die Kranke Sozialunterstützung.

Zusammenfassung:

5-jährige Anamnese, immer ansteckungsfähig gewesen. Während der ersten 15 Monate ihres Aufenthaltes in Westberlin schlief die Kranke aus Platzmangel mit ihrem Ehemann im selben Bett. Aufgrund einer Befürwortung durch die Fürsorgestelle erhielt sie im Januar 1957 eine grössere Wohnung. Seitdem schläft sie in einem eigenen Bett. Ein Kind ist nachweisbar infiziert, ein zweites BCG-geimpft (bei diesem konnte keine Erkrankung festgestellt werden.

Fall Nr.3: N., Boleslaus, 43 Jahre

Familie: Ehefrau N., Norma, 48 Jahre - Stiefsohn B., Joachim 20 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke erhält Sozialunterstützung, über das Einkommen der Ehefrau und des Stiefsohnes sind keine Unterlagen vorhanden.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige 1953 von einem Berliner Krankenhaus. Diagnose bei der Aufnahmeuntersuchung am 28.11.1953 Ia15 (Aufnahme und Durchleuchtung), Sputum pos.). Seitdem bis zum Stichtag keine Änderung. Mehrfache Krankenhausaufenthalte, mit nur einer Ausnahme immer wegen Urlaubsüberschreitung oder Trunkenheit disziplinarische Entlassungen.

FA.: Ehefrau ist nie in der Fürsorgestelle zur Untersuchung erschienen, hat aber einen Befund (vom 10.7.1957) eines Röntgenologen eingeschickt: Kleinere abgeheilte hiläre Prozesse. Kein aktiver Lungen- und Hilusprozess.

Über den Stiefsohn, der ebenfalls nie in der Fürsorgestelle erschienen ist, liegt kein Befund vor.

Wohnung:
Bis zu seiner Heirat im Herbst 1955 wohnte der Kranke bei seinem verheirateten Bruder, wo er in einem eigenen Bett schlief. Nach der Heirat zog er zu seiner Ehefrau, die mit ihrem Sohn eine bisher ausreichend grosse Wohnung (Stube und Küche) bewohnte. Die Küche ist sehr klein, macht aber einen sauberen und ordentlichen Eindruck. Die Stube konnte nicht besichtigt werden, da die Ehefrau den Zutritt verwehrte. Aus Platzmangel können nur zwei Betten aufgestellt werden, sodaß der Kranke mit seiner Ehefrau im selben Bett schläft.

Zusammenfassung:
4-jährige Anamnese, immer ansteckungsfähig gewesen. Mehrfache stationäre Behandlung, deren zum Teil günstiger Verlauf dadurch unterbrochen wurde, daß der Kranke wegen Trunkenheit und Urlaubsüberschreitung disziplinarisch entlassen werden musste. Aus Platzmangel schlief der Kranke mit seiner Ehefrau im selben Bett. Diese wie auch der Stiefsohn sind nicht in der Fürsorgestelle erschienen, sodaß über eine intrafamiliäre Infektion nichts ausgesagt werden kann.

Fall Nr.4: Sch., Marianne, 8 Jahre

Familie: Vater Sch.,Horst, 32 Jahre - Mutter Sch., Ursula, 31 Jahre - Schwester Sch., Monika, 9 Jahre, Bruder Sch., Günther, 5 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Vater ist Strassenreiniger und verdient monatlich 350.-DM netto.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch ein Westberliner Krankenhaus am 25.4.1957, Diagnose bei der Aufnahme Ic37 (Aufnahme und Durchleuchtung). Während des Krankenhausaufenthaltes Änderung der Diagnose in Iall. Mit der gleichen Diagnose trat die Kranke zur Endausheilung am 22.11.1957 ein Heilverfahren - zunächst für die Dauer von drei Monaten - an.
FA.: Beide Eltern bei der Aufnahmeuntersuchung im Mai 1957 als IIc5l eingestuft. Bei dem Bruder der Kranken wurde bei der Aufnahmeuntersuchung die Diagnose Ic37 gestellt. Daraufhin erfolgte Einweisung in ein Krankenhaus. Im August 1957 Änderung der Diagnose in Iall. Ab 22.11.1957 ebenfalls Heilverfahren. Die Schwester wurde bei der Aufnahmeuntersuchung als IIc5l eingestuft, Moro pos. Im Juli 1957 Änderung der Diagnose in Ic37, Einweisung in ein Krankenhaus. Im August Antritt eines Heilverfahrens, Diagnose bei Beendigung des Heilverfahrens im November 1957 IIa4l.

Wohnung:
Die Familie bewohnt im 2. Stock eines Vorderhauses eine kleine 1 1/2-Zimmerwohnung (Stube, Kammer und Küche). Die Eltern schlafen im Wohnzimmer, jeder in einem eigenen Bett. In der Kammer können aus Platzmangel nur zwei Betten aufgestellt werden, so daß die Kranke bis zu ihrer Krankenhauseinweisung mit der Schwester im selben Bett schlief. Die Aussentoilette wird von vier anderen Familien mitbenutzt.

Bemerkungen:
Nach Feststellung der Erkrankungen wurde von der Fürsorgestelle eine dringende Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt. Als Infektionsquelle kommt eine Mitbewohnerin des Hauses, bei der eine der Fürsorgestelle bekannte Tbk.-Anamnese besteht, und die auch die gleiche Toilette benutzt, in Betracht.

Zusammenfassung:
Kurzfristige Anamnese. Die Kranke schlief bis zu ihrer Einweisung ins Krankenhaus mit ihrer Schwester in einem Bett. Diese Schwester,sowie ein Bruder, der mit im gleichen Raum schlief, erkrankten ebenfalls.

Fall Nr. 5: S., Elisabeth, 36 Jahre

Familie: Ehemann S., Eduard, 35 Jahre - S.,Christine, 6 Jahre
S. Danuta, 4 Jahre, ferner 1 Schwester des Ehemannes und deren 9-jähr.Sohn

Soziale Verhältnisse:
Die Familie kehrte im Oktober 1957 aus dem polnisch besetzten Gebiet Deutschlands zurück. Der Mann ist Metalldreher, hat noch keine Arbeit. Die Familie erhält Sozialunterstützung.

Anamnese:
Seit 1953 bekannte Lungentuberkulose. 1954 im polnisch besetzten Gebiet Deutschlands dreimonatiges Heilverfahren. Erkrankungsanzeige im Oktober 1957 durch ein Durchgangslager.

Diagnose bei der Aufnahmeuntersuchung am 3.10.1957 Ia15 (Durchleuchtung und Aufnahme, Sputum pos.). Am 21.10.1957 Einweisung in ein Westberliner Krankenhaus, wo sich die Kranke am Stichtage noch in Behandlung befand.

FA.: Der Ehemann und beide Kinder wurden bei der Aufnahmeuntersuchung a1 IIc51 eingestuft, Moro bei beiden Kindern deutlich positiv. Die Schwester des Ehemannes und deren Sohn sind nie zur Untersuchung erschienen.

Wohnung:
Nachdem die Familie kurzfristig bei anderen Verwandten des Ehemannes sich aufgehalten hatte, wohnt sie jetzt bei einer Schwester des Ehemannes. Diese bewohnt als geschiedene Frau mit einem 9-jährigen Sohn eine saubere und gepflegte 1/1 Wohnung (Stube und Küche) im Parterre eines Seitenflügels. Für die Familie der Kranken sind jedoch nur unzureichende Schlafgelegenheiten vorhanden. Vor ihrer Einweisung ins Krankenhaus schlief die Kranke mit ihrem Mann auf einer Matratze auf dem Fussboden, die Kinder zunächst in der Badewanne.

Bemerkungen:
Noch im Oktober wurde von der Fürsorgestelle eine äusserst dringend gehaltene Befurwortung fur die baldige Zuweisung einer 2/1-Wohnung erteilt. Nach einer Rücksprache der Tuberkulose- mit der Familienfürsorge wurden die beiden Kinder im November 1957 in einem Heim untergebracht.

Zusammenfassung:
4-jährige Anamnese, nachweisbar seit Oktober 1957 ansteckungsfähig. Die Kranke schlief mit ihrem Ehemann auf einer Matratze auf dem Fussboden. Über die früheren Wohnverhältnisse ist nichts bekannt. Bei beiden Kindern war der Morotest pos.

Fall Nr. 6: K., Rudolf (sen.), 53 Jahre

Familie: Ehefrau K., Anna, 49 Jahre - Sohn K., Rudolf, 21 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Vorarbeiter, es besteht aber eine Erwerbsminderung von 70 %, sodaß er Rente erhält, deren Höhe nicht bekannt ist. Der Sohn arbeitet als ungelernter Arbeiter, die Höhe seines Einkommens ist ebenfalls nicht bekannt.

Anamnese:
Wegen einer Erkrankung seines Sohnes steht der Kranke seit 1949 in laufender Überwachung durch die Tuberkulosefürsorge. Bis 1954 immer als IIc5l eingestuft. Im Oktober 1955 Ände - rung in IIa45, im November in Ial5 (Sputum pos.). Von Januar bis März 1956 Heilverfahren, disziplinarische Entlassung. Von September bis Dezember 1956 stationäre Behandlung, disziplinarische Entlassung. Im Herbst 1957 (Diagnose bis dahin unverändert) Segmentresektion, anschliessend Antritt eines Heilverfahrens.

FA.: Ehefrau des Kranken immer als IIc5l eingestuft. Der Sohn erkrankte 1949, Diagnose Fal9 (ansteckungsfähige Tuberkulose mit positivem Sputumbefund.)Nach zwei Krankenhausaufenthalten im gleichen Jahre Änderung der Diagnose in Fc20 (aktive nichtansteckungsfähige Tuberkulose). 1951 in Fa6 (Sputum bis Juli immer positiv). 1952 Fa6/Fc20, seit 1953 immer Ic35.

Wohnung:
Die Familie bewohnt eine sonnenlose, fusskalte 1 1/2 Parterrewohnung eines Quergebäudes. Das halbe Zimmer, in dem kein Ofen vorhanden ist, wird als Abstellraum benutzt. Im grösseren Zimmer können aus Platzmangel nur zwei Betten aufgestellt werden. Vor seiner Krankenhauseinweisung im September 1956 schlief der Kranke mit seiner Frau in einem Bett, das andere wurde vom Sohn benutzt.

Bemerkungen:
In einer Befürwortung der Fürsorgestelle vom Februar 1957 wurde das Wohnungsamt gebeten, der Familie beim Tausch ihrer Wohnung gegen eine grössere und sonnige behilflich zu sein. Seither bis 1957 benutzt der Sohn das halbe Zimmer, in dem er auch schläft. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollder Kranke in einem eigenen Bett schlafen.

Zusammenfassung:
Seit 1949 bekannte Anamnese des Sohnes, der vorübergehend an ansteckungsfähiger Tuberkulose litt. 1955 schwere Erkrankung des Vaters, der mit seiner Frau das selbe Bett benutzte und jahrelang mit dem Sohn in einem Raum schlief. Die Ehefrau erkrankte nicht. Nach seiner Rückkehr aus dem Krankenhaus soll der Kranke in einem eigenen Bett schlafen.

Fall Nr.7: K., Fritz, 54 Jahre

Familie: Ehefrau K., Helene, 37 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke war früher Maschinenschlosser, seit 1957 erhält er Sozialunterstützung und von der Fürsorgestelle Ernährungszulage. Die Wohnung ist mietfrei, da die Ehefrau, die zeitweise arbeiten geht, die Hauswartstelle versieht.

Anamnese:
Tuberkulose erstmalig 1944 im Lazarett festgestellt (Anlage eines linksseitigen Pneumothorax, der 1945 einging). 1955 Thorakokaustik links. Diagnose der Fürsorgestelle bekannt seit 1950. (Fc16 = aktive nichtansteckungsfähige Tuberkulose). Bis 1956 hielt sich der Kranke oft in der Bundesrepublik als Montagearbeiter auf. Diagnose 1956 Ib25, im Januar 1957 Änderung in Ia15. Bis zum Stichtage keine Änderung.
FA.: Ehefrau seit 1954 laufend überwacht, immer als IIc51 eingestuft.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Ehefrau eine 1/1-Wohnung (Stube und Küche). Die Stube hat wenig Sonne, ist aber trocken. Die Wohnung macht einen sauberen und ordentlichen Eindruck. Es ist nur eine Schlafgelegenheit vorhanden, eine zweite kann aus finanziellen Gründen nicht angeschafft werden.

Bemerkungen:
Im Juni 1957 wurde von der Fürsorgestelle eine Befürwortung an das Sozialamt ausgestellt, worin um die Beschaffung eines Bettes mit Zubehör gebeten wurde. Daraufhin erhielt der Kranke ein Bett, sodaß er am Stichtag in einem eigenen Bett schlief.

Zusammenfassung:
Langjährige Anamnese, der Fürsorgestelle bekannt seit 1950 durch eine Meldung eines Wohnheimes, in dem der Kranke damals wohnte. Der Kranke schlief aus finanziellen Gründen - die Anschaffung eines zweiten Bettes war nicht möglich- mit seiner Ehefrau im selben Bett. Aufgrund einer Befürwortung durch die Fürsorgestelle an das Sozialamt erhielt der Kranke ein Bett, sodaß er am Stichtag allein schlief. Die Ehefrau erkrankte nicht.

Fall Nr.8: Sch., Gerda, 28 Jahre

Familie: Sch., Harry, 30 Jahre, Ehemann - Sch., Manfred, 9 Jahre - Sch., Werner, 8 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann ist als Gartenarbeiter tätig, monatlicher Verdienst 230.- DM.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige am 13.4.1951 durch Hausarzt, Diagnose bei der Aufnahmeuntersuchung Fb3 (ansteckungsfähige Tuberkulose ohne Bazillenbefund). Bei der Aufnahmeuntersuchung stellt

sich heraus, daß am 4.4.51 eine Tochter der Kranken im Alter von 8 Monaten an Mesenterialdrüsentuberkulose gestorben ist (Manifestation der Erkrankung am 23.3.1951, Krankenhauseinweisung am 30.3.1951). Die Kranke wird am selben Tage ins Krankenhaus eingewiesen, welches sie schon am 4. Tage eigenmächtig verläßt. Wiederaufnahme am gleichen Tage, Anlage eines linksseitigen Pneumothorax. Am 12.5. Entlassung gegen ärztlichen Rat, Diagnose Fa5 (ansteckungsfähige Tuberkulose mit Bazillenbefund. Von November 1951 bis März 1952 erneuter Krankenhausaufenthalt, bei dem eine Interruptio vorgenommen wurde. Diagnose 1952 Ic35, 1953 Ib24. Im Mai 1954 Änderung in Ia15, Krankenhausaufenthalt vom 3.5. bis 1.6., Entlassung gegen ärztlichen Rat, keine Änderung der Diagnose im weiteren Verlauf.

FA.: Der Ehemann und der Sohn Werner sind nie in der Fürsorgestelle erschienen. Erkrankungsanzeige des Sohnes Manfred im März 1955 durch ein Krankenhaus, Diagnose Ic37, Entlassung im September 1955. Änderung der Diagnose im November 1955 in Ia11. Von November 1955 bis Mai 1956 HV, seitdem Diagnose Ic37.

Wohnung:

Die Familie bewohnt eine aus Stube und Küche bestehende Wohnung im 3. Stock eines Seitenflügels. Die Wohnung ist hell, trocken und heizbar. Aus räumlichen Gründen hielten sich die Kinder fast ständig bei den Grosseltern auf, wegen aufgetretener Erziehungsschwierigkeiten sollen die Kinder jedoch zu den Eltern zurückkehren. Bis Ende 1956 schlief die Kranke in einem eigenen Bett. Im Januar 1957 wurden jedoch einige neue Möbel angeschafft, wodurch kein Platz mehr für eine zweite Schlafgelegenheit vorhanden war, so daß die Kranke seitdem mit ihrem Ehemann in einem Bett schläft.

Bemerkungen:

Im April 1955 wurde von der Fürsorgestelle eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, worin darauf hingewiesen wurde, daß die Kinder wegen der Kleinheit der Wohnung bei den Grosseltern untergebracht wären. Im September 1956 wurde eine zweite Befürwortung ausgestellt, da die Wohnverhältnisse bis

dahin unverändert waren. Am Stichtage waren die Verhältnisse immer noch die gleichen.

Zusammenfassung:
6-jährige Anamnese, fast immer ansteckungsfähig gewesen. Bis 1956 schlief die Kranke in einem eigenen Bett. Durch Möbelanschaffung im Januar 1957 entstand Platzmangel, seitdem schläft die Kranke mit ihrem Ehemann im selben Bett. Ein Kind erkrankte an ansteckungsfähiger Tuberkulose, ein Säugling verstarb 1951. Über das andere Kind und den Ehemann liegen der Fürsorgestelle keine Befunde vor, da diese nie zur Untersuchung erschienen sind.

Fall Nr. 9: K., Werner, 31 Jahre

Familie: Ehefrau K., Christa, 28 Jahre - Stiefsohn E.,Manfred, 7 Jahre - Sohn K., Michael, 3 Jahre, K. Ramona, 2 Jahre.

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke ist Arbeiter, hat bis zum Frühjahr 1957 gearbeitet. Höhe des Verdienstes ist nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im April 1954 durch ein Krankenhaus, Diagnose Ic34. Bis 1956 keine Änderung der Diagnose. Im März 1957 5-tägiger Krankenhausaufenthalt mit disziplinarischer Entlassung. Diagnose Ia15. Vom 12.4. bis 3.10.1957 erneute stat. Behandlung, Entlassung gegen ärztlichen Rat. FA.: Ehefrau immer als IIc51 eingestuft. Die Akte des Stiefsohnes, die wegen des anderen Namens von der Fürsorgestelle getrennt geführt wurde, war nicht mehr zugängig, da dieser unbekannt verzog. Michael bei der Aufnahmeuntersuchung im März 1957 IIc51, Moro neg. Ramona ist am 20.2.1957 BCG-geimpft worden; bei ihr konnte keine Erkrankung festgestellt werden.

Wohnung:
Bis zum Herbst 1957 bewohnte die Familie eine kleine 1/1-Wohnung mit Aussentoilette, die von zwei anderen Familien mitbenutzt wurde. Das Zimmer war 13 qm gross, für die beiden Erwachsenen konnte aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden. Die beiden älteren Kinder hatten eine eigene Schlafgelegenheit, das jüngste Kind schlief im Kinderwagen. Im Herbst 1957 wurde der Familie auf Grund einer Befürwortung eine geräumige 2/1-Wohnung mit Innentoilette zugewiesen. Seitdem schläft der Kranke in einem eigenen Bett.

Zusammenfassung:
Seit 1954 bekannte Anamnese, seit Anfang 1957 ansteckungsfähig. Der Kranke schlief bis zum Herbst 1957 aus Platzmangel mit der Ehefrau im selben Bett. In der jetzigen Wohnung schläft er allein. Kein Kind erkrankte, eins wurde BCG-geimpft.

Fall Nr. 10: H., Gertrud, 44 Jahre

Familie: Ehemann H., Adolf, 49 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann ist Rentner und erhält seit 1955 eine monatliche Rente von 189.- DM.

Anamnese:
Tuberkulose bekannt seit 1948, damals erfolgte Einweisung in ein Tuberkuloseheim mit der Diagnose Fb14 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund), disziplinarische Entlassung im Februar 1949 mit der Diagnose Fc20 (aktive, nicht ansteckungsfähige Tbk.). 1950 Änderung der Diagnose in Fb15 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund), 1951 in Ib24, November 1952 Ib24/Ic35. Im März 1953 Änderung in Ia14, seit 1954 Ia15. Krankenhausaufenthalte von Juni 1954 bis August 1956 und vom 10.8.bis 6.9.1957 mit disziplinarischer Entlassung. Seit 14.12.1957 Ib25.

FA.: Der Ehemann wurde immer als IIc5l eingestuft.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrem Mann seit 1951 eine enge, dunkle Kochstube im ersten Stock eines Quergebäudes. Die Stube macht einen unsauberen Eindruck und ist so klein, daß nur eine Schlafgelegenheit Platz findet.

Bemerkungen:
Im August 1951 beantragte die Fürsorgestelle beim Amtsarzt, der Kranken die Untersuchung zur Pflicht zu machen, da diese es bisher ablehnte, zur Untersuchung zu erscheinen, "weil die Fürsorge ja doch nichts für sie tue". Im Oktober 1955 schrieb der Ehemann einen Brief an den Bezirksbürgermeister, in dem er über die Not klagt, in die sie durch die Erkrankung der Frau geraten wären. Hierbei stellte sich heraus, daß er falsche Angaben über die Ernährungsbeihilfen machte, wie er überhaupt schon mehrfach bei Behörden falsche Angaben gemachte hatte. In diesem Falle konnte eine Wohnungsbefürwortung durch die Fürsorgestelle nicht ausgestellt werden, da dies nur dann möglich ist, wenn der Fürsorgestelle die Registrierungsnummer des Wohnungsamtes vorgelegt wird. Die Kranke ist jedoch mit den erforderlichen Unterlagen nie bei der Fürsorgestelle erschienen.

Zusammenfassung:
9-jährige Anamnese, fast immer ansteckungsfähig gewesen. Die Kranke schläft aus Platzmangel, an dem sie jedoch selbst Schuld trägt, mit dem Ehemann im selben Bett. Eine Erkrankung des Ehemannes konnte nicht festgestellt werden.

Fall Nr.11: E., Friedrich, 36 Jahre

Familie: Ehefrau E., Gerda, 38 Jahre - E., Klaus-Dieter, 13 Jahre, E.,Falk-Jürgen, 8 Jahre, E.,Marita, 7 Jahre, E., Dietmar, 3 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke ist Arbeiter, erhielt bis 1956 Krankengeld. Jetzt bezieht er Sozialunterstützung. M.d.E. Ende 1957 80 %.

Anamnese:

Entdeckung der Erkrankung bei einer Kontrolluntersuchung der in der Lebensmittelbranche tätigen Personen im Januar 1956. Diagnose bei der Aufnahmeuntersuchung im Januar 1956 in der Fürsorgestelle Ia15 (Aufnahme, Durchleuchtung, pos. Bazillenbefund). Vom 6.2. bis 25.5. Krankenhausaufenthalt, letzter positiver Sputumbefund am 22.3.56. Mit einer vorgeschlagenen Segmentresektion erklärte sich der Kranke nicht einverstanden. Der Kranke sollte danach ein Heilverfahren antreten. Dies war aber deshalb nicht möglich, da die LVA vor Übernahme der Kosten eine Zahnsanierung forderte, die der Kranke aber nicht ausführen ließ.

FA.: Ehefrau immer als IIc5l eingestuft. Klaus-Dieter bei AU. im Januar 1956 IIa4l/IIc5l, Moro pos. Im Juni 1957 Änderung in Ic37. Von Juli bis Oktober 1957 HV, als gebessert auf Wunsch des Vaters gegen ärztlichen Rat entlassen. Falk-Jürgen bei AU im Januar 1956 als IIc5l eingestuft, Moro immer negativ gewesen, desgleichen Marita. Dietmar wurde der Fürsorgestelle im April 1956 von der Säuglingsfürsorge gemeldet, da die Moroprobe stark pos. ausfiel. Diagnose im November 1956 Ic37/IIc5l, seit Dezember 1956 Ic37.

Wohnung:

Der Kranke bewohnt mit seiner Frau und 4 Kindern eine völlig unzureichende 1/1 Parterre-Wohnung mit Aussentoilette. Die Wohnung ist kalt und feucht. Aus Platzmangel kann für das Ehepaar nur ein Bett aufgestellt werden. Die Kinder haben mit Ausnahme des Falk-Jürgen, der sich fast ständig bei der Grossmutter aufhält, jedes ihr eigenes Bett.

Bemerkungen:
Im März 1956 erfolgte eine Befürwortung an das Wohnungsamt unter Hinweis darauf, daß die Familie erst vor kürzerer Zeit durch die Räumung einer Kolonie, in der sie vorher wohnte, in diese unzureichende und für die Familie ungeeignete Wohnung eingewiesen worden sei. Im Juni 1957 - vor Feststellung der Infektion des Klaus-Dieter - erfolgte eine weitere Befürwortung, wobei darauf hingewiesen wurde, daß bereits ein Kind durch den Vater infiziert worden ist. Zum Stichtag waren die Verhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Erkrankungseintritt 1956, kurze Zeit nachdem der Kranke seine frühere Wohnung aufgeben musste und in eine völlig unzureichende Wohnung eingewiesen wurde. Aus Platzmangel schlief der Kranke mit seiner Ehefrau im selben Bett. Innerhalb kürzerer Zeit erkrankten zwei Kinder.

Fall 12: E., Gertrud, 31 Jahre

Familie: Ehemann E., Reinhold, 26 Jahre - Sohn aus erster Ehe T., Günther, 8 Jahre, E.Reinhard, 6 Jahre, E.,Michael, 4 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Vom Zeitpunkt der Scheidung ihrer ersten Ehe bis zu ihrer zweiten Heirat im März 1955 erhielt die Kranke Sozialunterstützung sowie Ernährungsbeihilfe von der Tbk.-Fürsorge. Die Verdiensthöhe des Ehemannes ist nicht bekannt. Unterstützung und Beihilfen werden nicht mehr gezahlt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im Mai 1950 vom Hausarzt. Diagnose bei AU. im Mai 1950 Fb12 (ansteckungsfähige Tbk.ohne Bazillenbefund), im Dezember 1952 Änderung in Ic35, im Dezember 1955 Ib23. Während eines Sanatoriumsaufenthaltes vom 20.12.55 bis 10.6.1956 Änderung der Diagnose in Ia15. Zuletzt Krankenhausaufenthalt vom 8.11.56 bis 23.4.1957. Die Kranke kehrte

beide Male von einem ihr gewährten Urlaub nicht zurück. Diagnose am Stichtag unverändert.
FA.: Der Vater des jetzigen Ehemannes ist 1945 an Tuberkulose verstorben. Die Erkrankung des Ehemannes ist seit 1946 bekannt. Von 1949 bis 1953 war er ansteckend tuberkulös, von Dezember 1953 bis Juli 1954 Diagnose Ic33, seitdem unverändert Ic35. Die Kranke wurde wahrscheinlich von ihrem jetzigen Ehemann infiziert, da sie mit diesem bereits während ihrer ersten Ehe verkehrte, als er ansteckend tuberkulös war. Von Günther T., der wegen des anderen Namens unter einer anderen Akte geführt wurde, waren die Unterlagen nicht verfügbar. Reinhard E. erkrankte im Dezember 1952 an tuberkulöser Meningitis, Krankenhausaufenthalt vom 5.12. 1952 bis 2.11.1953, Diagnose seitdem IIb. Michael befand sich von Oktober 1953 bis Januar 1954 zur BCG-Impfung im Krankenhaus. Bei ihm konnte keine Erkrankung festgestellt werden.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrer Familie eine 1/1-Wohnung im ersten Stock eines Vorderhauses. Die Wohnung besteht aus einer kleinen Küche und einem grossen Wohnzimmer. Die Wohnung ist trocken und heizbar, das Wohnzimmer ist nur dürftig möbliert. Alle Familienmitglieder schlafen im Wohnzimmer, die Kranke schlief mit dem Ehemann bis zum Herbst 1956 im selben Bett, obwohl trotz der Raumbeengung Platz für ein weiteres Bett vorhanden war. Seit Herbst 1956 schläft die Kranke allein, da zu diesem Zeitpunkt eine Couch angeschafft wurde.

Bemerkungen:
Die Kranke ist - wie übrigens auch der Ehemann- nur sehr selten zur Untersuchung in der Fürsorgestelle erschienen. Jedesmal waren mehrere Aufforderungen nötig. Da infolgedessen keine genauen Befunde erhoben werden konnten, wurde auch keine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt. Bezeichnend ist, daß es in dem Haushalt "an allem" fehlt, jedoch ein teurer Radioapparat angeschafft wurde.

Zusammenfassung:
Infektion der Kranken 1950 durch ihren jetzigen Ehemann, mit dem sie damals ausserehelichе Beziehungen pflegte. Die Kranke schlief infolge fehlender Krankheitseinsicht mit dem Ehemann im selben Bett. Sehr schlechte Wohnverhältnisse; eine Befürwortung konnte nicht ausgestellt werden, da die Kranke nur sehr selten zur Untersuchung in der Tbk.-Fürsorge erschien. Ein Kind erkrankte an tuberkulöser Meningitis, ein weiteres wurde BCG-geimpft. Über das dritte Kind liegen keine Unterlagen vor

Fall Nr. 13: Sch., Herta, 47 Jahre

Familie: Sohn Sch., Paul, 23 Jahre, Sch.,Günter, 15 Jahre.

Soziale Verhältnisse:
Die Kranke ist verwitwet, erhält Rente vom Versorgungsamt. Bis zum Erkrankungseintritt arbeitete sie als Dreherin. Der ältere Sohn war bisher arbeitslos, ist aber im Dezember 1957 erkrankt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im Oktober 1956 durch ein Krankenhaus, in dem sich die Kranke vom 9.10.1956 bis 28.3.1957 befand. Damalige Diagnose Ia14, disziplinarische Entlassung. Am 2.11.1957 erneute Krankenhausaufnahme. Diagnose Ia15. Zum Stichtag befand sich die Kranke noch in stationärer Behandlung

FA.: Im Dezember 1957 Erkrankungsanzeige durch ein Krankenhaus, wonach der ältere Sohn erkrankt ist. Diagnose Ia15. Krankenhausaufenthalt vom 9.12. bis 27.12.1957, disziplinarische Entlassung. Der jüngere Sohn ist nie in der Fürsorgestelle erschienen.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrem älteren Sohn ein kleines dunkles Zimmer in Untermiete, der jüngere Sohn ist wegen der Raumverhältnisse bei Bekannten untergebracht. Das Zimmer befindet sich in einem durch Kriegseinwirkung stark beschädigten Haus, welches sich in einem schlechten baulichen Zustand befindet. Als Notbehelf ist in dem Zimmer ein eiserner Ofen aufgestellt.

Bemerkungen:
Die Kranke schläft zwar im eigenen Bett, da aber wegen der Raumverhältnisse nur zwei Betten aufgestellt werden können, sodaß ein Sohn ausserhalb der Familie untergebracht wurde, ist dieser Fall als a.T.o.e.B. registriert worden. Im Mai 1957 wurde eine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt, in der äusserst dringend um Zuweisung einer 2/1-Wohnung gebeten wurde. Am Stichtag waren die Verhältnisse noch unverändert.

Zusammenfassung:
Erst seit über einem Jahr bekannte Anamnese. Ein Sohn ist wegen Platzmangels ausserhalb der Familie untergebracht. Die Kranke schläft in einem eigenen Bett, wurde aber als a.T.o.e.B. registriert, da tatsächlich für 3 Personen nur 2 Betten aufgestellt werden konnten.
Infektion des älteren Sohnes, der mit der Kranken im gleichen Raum schlief und im Dezember 1957 ebenfalls an an - steckungsfähiger Tbk. erkrankte.

Fall Nr.14: D., Gerda, 40 Jahre

Familie: Sohn P., Wilfried, 20 Jahre, Tochter D., Monika, 15 Jahre, Nichte P., Regina, 12 Jahre.

Soziale Verhältnisse:
Die Kranke ist geschieden, bezieht Sozialunterstützung und hat einen kleinen Nebenverdienst, da sie die Hauswartstelle versieht.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige am 24.7.57 durch den Hausarzt. Diagnose bei AU. am 26.7.57 Ia14/Ib24. Krankenhausaufenthalt vom 24.7. bis 30.10.1957, den die Kranke gegen ärztlichen Rat abbrach, Diagnose seit Entlassung bis zum Stichtag Ia14. FA.: Sohn Wilfried bei AU. im Juli 1957 als IIc5l eingestuft, Moro pos., desgleichen Tochter Monika. Die Nichte Regina, deren Vater - ein Bruder der Kranken - sich während der Berichtszeit ebenfalls wegen einer Tuberkulose in stat. Behandlung befand, zeigte bei der AU. im Juli 1957 eine pos. Moroprobe und erkrankte im Oktober 1957, Diagnose Ic37. Ein Bruder der Kranken ist 1952 an Tuberkulose verstorben.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihren beiden Kindern und ihrer Nichte eine 1/1-Parterrewohnung. Die Stube ist mittelgross, dunkel. Die Kranke schläft mit ihrer Nichte in einem Bett, da aus Platzmangel nur drei Betten in dem Zimmer aufgestellt werden können. Die Toilette befindet sich auf dem Hof.

Bemerkungen:
Im Juli 1957 wurde von der Fürsorgestelle eine Befürwortung an das Wohnungsamt mit der Bitte um äusserst baldige Zuweisung einer für die Kranke geeigneten 2 1/2-Zimmer-Wohnung ausgestellt. Am Stichtag waren die Wohnverhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Kurzfristige Anamnese bei längerer Familienanamnese. Die Kranke schlief aus Platzmangel mit ihrer Nichte im gleichen Bett. Im Oktober erkrankte die Nichte, Diagnose Ic33.

Fall 15: P., Gerhard, 34 Jahre

Familie: Zweite Ehefrau P., Margarete, 31 Jahre, P., Ursula, 7 Jahre, P.,Udo, 6 Jahre, P., Klaus, 3 Jahre, P.,Günter, 2 Jahre, P., Gerhard, 10 Monate (Altersangabe auf den Stichtag bezogen).

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke wurde im Sommer 1957 invalidisiert. Seitdem erhält er eine Rente von 140.- DM, dazu kommen 90.- DM Kindergeld, 78.- DM Pflegezulage, 225.- DM Familienzuschlag, das sind insgesamt 533.- DM monatlich. Gleichzeitig hat er mit dem Rentenbescheid eine Nachzahlung von 1600.-DM bekommen.

Anamnese:

Tuberkulose erstmalig bei der Wehrmacht 1941 festgestellt. Der Tbk.-Fürsorge seit 1946 bekannt. Vorübergehende "Heilung". 1956 Reaktivierung: Diagnose im November 1956 Ib23, im gleichen Monat Änderung in Ia15. Vom 29.11.56 bis 19.2.1957 stat. Behandlung, gegen ärztlichen Rat abgebrochen. Erneuter Krankenhausaufenthalt vom 13.3. bis 17.10.1957. Keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag.
FA.: Ehefrau bei AU im November 1956 als IIc51 eingestuft. Im Juli 1957 Änderung der Diagnose in Ib23, seit September 1957 Ic33. Ursula bei AU im November 1956 Ic37. Vom 22.12. bis 12.4.57 Krankenhausaufenthalt. Seitdem HV (bis zum Stichtag keine Änderung der Diagnose bekannt). Udo bei AU im November 1956 Ic37. Ab 15.2.57 HV (keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag). Klaus: Diagnose bei AU zum gleichen Zeitpunkt IIa44. Im September 1957 Änderung der Diagnose in Ic37. Im Dezember 1957 wieder in IIa41 geändert (vom 6.12.56 bis 5.9.57 HV). Günther bei AU im Dezember 56 Ic37, keine Änderung bis zum Stichtag. Gerhard, geboren am 12.2.57, wurde als erstes Kind BCG-geimpft. Bei ihm trat keine Erkrankung auf.

Wohnung:

Bis zum Dezember 1957 bewohnte der Kranke mit seiner Frau und den 5 Kindern eine 2/1-Kellerwohnung. Die Wohnung war dunkel und feucht, schlecht belüftet und die Küche hatte

kein Fenster. Für alle Personen waren insgesamt 2 Betten, 1 Couch, 1 Kinderbett und 1 Kinderwagen vorhanden, sodaß der Kranke aus Platzmangel mit seiner Frau in einem Bett schlafen musste.

Bemerkungen:
Im März 1957 wurde von der Fürsorgestelle eine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt, in der dringend um baldige Zuweisung einer ausreichenden und geeigneten Wohnung gebeten wurde. Daraufhin erhielt die Familie im Dezember 1957 eine helle 4/1-Wohnung im zweiten Stock eines Vorderhauses. Seit dieser Zeit schläft jedes Familienmitglied in einem eigenen Bett. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß der Kranke sich zu einem Zeitpunkt schlechter finanzieller Verhältnisse ein Moped kaufte, die Wohnung aber nur dürftig eingerichtet war. Ausserdem verwendete er einen erheblichen Teil der ihm gewährten Rentennachzahlung dazu, um einen Fernsehapparat im Werte von 850.- DM anzuschaffen, den er zur Hälfte gleich bezahlte, während er die andere Hälfte in monatlichen Raten von 40.- DM abzahlte.

Zusammenfassung:
Seit 1941 bekannte Anamnese. Vorübergehende klinische Abheilung. 1956 Reaktivierung, seitdem immer ansteckungsfähig. Der Kranke schlief aus Platzmangel mit seiner Ehefrau in einem Bett. 4 von 5 Kindern erkrankten, das jüngste wurde als erstes Kind BCG-geimpft. Im Dezember 1957 Besserung der Wohnverhältnisse, seitdem schläft der Kranke in einem eigenen Bett.

Fall Nr.16: L., Fred, 32 Jahre

Familie: Ehefrau L., Edeltraut, 25 Jahre - L., Marion, 6 J., L., Gerd, 4 Jahre.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Dreher, erhielt während der Berichtszeit Krankengeld. Ehefrau arbeitet als Stanzerin. Das Gesamteinkommen der Familie liegt zwischen 90.- und 95.- DM wöchentlich.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige am 16.3.1957 durch den Hausarzt. Diagnose bei AU im März 1957 Ial4 (Aufnahme, Durchleuchtung, pos. Bazillenbefund). Krankenhausaufenthalt vom 29.3. bis 6.5. 1957, Entlassung gegen ärztlichen Rat. (Als Begründung gab der Kranke an, daß seine Frau während des Krankenhausaufenthaltes Schulden mache). Erneuter Krankenhausaufenthalt vom 23.9. bis 5.10.1957 (Thorakokaustik). Keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag. Ehefrau immer als IIc5l eingestuft.
FA.: Marion bei AU im März 1957 IIc5l, Moro neg. Im Juni 1957 Moro pos. Änderung der Diagnose in Ic33. Gerd wurde gleichzeitig mit dem Vater vom Hausarzt als erkrankt gemeldet. Diagnose bei AU im März 1957 Ic37. Krankenhausaufenthalt vom 16.3. bis 27.6.1957. Keine Änderung der Diagnose.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine sonnenlose, dunkle 1/1-Wohnung im ersten Stock eines Seitenflügels. Die Wohnung ist ohne Korridor, die Toilette befindet sich ausserhalb der Wohnung und wird von drei anderen Familien mitbenutzt. Aus Platzmangel schläft der Kranke mit seiner Ehefrau in einem Bett.

Bemerkungen:
Im April 1957 wurde von der Fürsorge eine dringende Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt, in der um baldige Zuweisung einer 2/1-Wohnung gebeten wurde. Am Stichtag waren die Wohnverhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Seit März 1957 bekannte Anamnese, immer ansteckungsfähig gewesen. Gleichzeitig bzw. kurze Zeit später erkrankten zwei Kinder. Die Ehefrau, die mit dem Kranken im gleichen Bett schlief, erkrankte nicht.

Fall Nr. 17: H., Hedwig, 60 Jahre

Familie: Ehemann H., Gustav 54 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann ist kaufmännischer Angestellter, bezieht monatlich 126.- DM Alu. Die Kranke erhält 98.- DM Invalidenrente monatlich.

Anamnese:
Feststellung der Erkrankung während des letzten Krieges. Die Anamnese läßt sich im einzelnen jedoch nur bis 1950 zurückverfolgen. Diagnose 1950 Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). 1953 IIa35/Ic35. 1954 Ic35. Seit 1955 Ia15, über evtl. Krankenhausaufenthalte ist nichts bekannt, es ist jedoch anzunehmen, daß die Kranke sich nie in stat. Behandlung befand, da keine Erkrankungsanzeigenvon Krankenhäusern vorliegen.
FA.: Ehemann erschien erstmalig 1955 in der Fürsorgestelle. Diagnose IIa45. Bis zum Stichtag keine Änderung.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann eine kleine 1/1-Wohnung im Parterre eines Quergebäudes, die aus Stube und Küche besteht. Die Toilette befindet sich ausserhalb der Wohnung und wird von zwei anderen Familien mitbenutzt. Bis 1955 hat sich die Kranke geweigert, der Fürsorgerin Einblick in ihre Wohnung zu gewähren. In einem Besuchsbericht vom 20.6.1955 (Angaben einer Fürsorgerin) heißt es:" Nach Jahren wurde mir heute ein Eintritt in die Küche gewährt, die einen äusserst verwohnten und verwahrlosten Eindruck macht. Am Fenster stehen Kisten und Kasten. Die Stube wurde nicht gezeigt, nach Angaben der Kranken soll diese noch schlimmer als die Küche aussehen und nur mit einem Küchenschrank und einem Bett möbliert sein."

Bemerkungen:
Obwohl die Wohnung ausreichend ist, schläft die Kranke seit Jahren mit ihrem Ehemann in einem Bett. Die Wohnung ist zwar ausreichend gross, in ihrer Beschaffenheit für die Kranke jedoch ungeeignet. Es wurde oft mit ihr über die

Notwendigkeit eines Wohnungswechsels gesprochen. Die Kranke lehnte jedoch stets alle Vorschläge ab, "sie möchte mit keinem etwas zu tun haben".

Zusammenfassung:
Langjährige Anamnese, seit 1955 ansteckungsfähige Tbk. Ohne daß dafür eine Notwendigkeit bestanden hätte, schlief die Kranke seit Jahren mit ihrem Ehemann im gleichen Bett. Beim Ehemann besteht ein Restzustand nach vorwiegend produktiv-cirrhotischer Tbk.

Fall 18: W., Martha, 27 Jahre

Familie: Ehemann W., Herbert, 24 Jahre - (uneheliche) Tochter W., Ingeborg, 3 Jahre, W., Elionore, geb. am 17.8.1957.
Weitere Familienmitglieder: Eine Tante der Kranken und deren Verlobter, ein Bruder und eine Schwester der Kranken.

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann der Kranken ist Arbeiter, verdient wöchentlich 76.- DM.

Anamnese:
Erstmalige Feststellung der Erkrankung 1948 in der SBZ (sowjetische Besatzungszone). Der Fürsorgestelle bekannt seit 1951, die Kranke hat sich selbst gemeldet, als sie aus der SBZ nach Westberlin kam. Nach Angaben der Kranken mehrfacher Krankenhausaufenthalt in der SBZ. Diagnose bei AU 1951 (Aufnahme, Durchleuchtung, pos. Bazillenbefund) Fa5. 1953 Änderung in Ia15, 1954 Ic35, 1954 Ia14, 1955 Ia13. Seit 1956 Ia15/Ic35. Im Oktober 1957 erneute Änderung in Ib25. Krankenhausaufenthalte seit 1952: April bis Juni 1952, 9.8. bis 31.10.1953 (HV), 29.12.53 bis 8.2.54 (gegen ärztlichen Rat abgebrochen), 27.6. bis 12.10.1955 (vom Urlaub nicht zurückgekehrt), letztmaliger Aufenthalt vom 2.7.bis 4.9. 57 wegen einer Entbindung, Entlassung gegen ärztlichen Rat.

FA.: Ehemann bei AU im Februar 1957 IIc5l, keine Änderung bis z. Stichtag, (die Kranke heiratete im Januar 1957). Beide Kinder wurden BCG-geimpft, eine Erkrankung derselben konnte nicht festgestellt werden. Tante bei AU 1951 als IIc5l eingestuft, keine Änderung der Diagnose. Der Bruder und die Schwester der Kranken hielten sich erst gegen Ende der Berichtszeit in der Familie auf; über diese liegen keine Unterlagen vor, desgleichen über den Verlobten der Tante.

Wohnung:
Die Kranke kam 1951 ledig als Flüchtling nach Westberlin zu ihrer Tante. Mit dieser wohnte sie nacheinander in mehreren Kochstuben, bis sie 1956 durch die Bemühungen der Tbk.-Fürsorge eine 2/1-Wohnung im ersten Stock eines Vorderhauses erhielt. Die Wohnung besteht aus zwei mittelgroßen Zimmern und einer Küche. Die Wohnung ist sonnig und trocken. Aus Platzmangel schläft die Kranke mit ihrem Ehemann in einem Bett.

Bemerkungen:
Die im Jahre 1956 der Kranken zugewiesene Wohnung war zunächst für sie völlig ausreichend; den Mietvertrag schloß jedoch die Tante ab. Daraufhin bewohnte die Kranke in der eigentlich ihr und ihrem Kind zugedachten Wohnung ein Zimmer als Untermieterin bei ihrer Tante, wofür sie monatlich 40.- DM Miete zahlte. Im Januar 1957 heiratete die Kranke, der Ehemann zog zu ihr. Kurze Zeit später verlobte sich die Tante, der Verlobte hält sich seitdem sehr oft in der Wohnung auf. Im Laufe des Jahres 1957 ließ die Kranke eine Schwester und einen ebenfalls tuberkulösen Bruder aus der SBZ kommen, die sie beide bei sich aufnahm. Im August 1957 bekam die Kranke ein weiteres Kind. Somit bestanden am Stichtag folgende Wohnverhältnisse: Die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann ein Zimmer, in dem aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden kann. Der Säugling schläft in einem Kinderbett im gleichen Zimmer. Das zweite Zimmer, das sehr dunkel ist, bewohnt die Tante, bei der sich ihr Verlobter aufhält. Im gleichen Zimmer schlafen die ältere Tochter und die Schwester

der Kranken, der tuberkulosekranke Bruder der Kranken schläft in der Küche. Am Ende des Jahres 1957 wird bei der Tbk.-Fürsorge bekannt, daß die Kranke beim Wohnungsamt erneut einen Antrag auf Zuweisung einer grösseren Wohnung gestellt hat.

Zusammenfassung:

Seit 1948 bekannte Anamnese, der Fürsorge seit 1951 bekannt, grösstenteils ansteckungsfähig gewesen. 1956 Zuweisung einer geeigneten Wohnung, nachdem die Kranke vorher mit ihrer Tante in Kochstuben gewohnt hatte. Durch Verschulden der Kranken Verschlechterung der Wohnverhältnisse, sodaß die Kranke im letzten Jahre der Berichtszeit aus Platzmangel mit dem Ehemann nur ein Bett zur Verfügung hatte. Zwei Kinder wurden BCG-geimpft, bei diesen trat keine Erkrankung ein, eine Infektion der übrigen Familienmitglieder durch die Kranke ist nicht bekannt, ein Bruder der Kranken ist ebenfalls tuberkulös, hielt sich aber erst seit kurzem in der Familie auf, sodaß über diesen noch keine Befunde vorlagen.

Fall Nr.19: Sch., Margot, 17 Jahre

Familie: Ehemann Sch., Bruno, 21 Jahre - Mutter K., Margarete, 43 Jahre, Bruder K., Manfred, 14 Jahre, Bruder K., Eberhard, 13 Jahre, Schwester K., Marianne, 12 Jahre, Schwester K., Bärbel, 10 Jahre, Bruder K., Helmut, 7 Jahre, Schwester K., Brigitte, 5 Jahre, Sohn Sch., Christian, geb.16.8.57, S.,Heinz (Freund der Mutter), 38 Jahre, B., Heinz Otto (dessen Sohn) 1 Jahr.

Soziale Verhältnisse:

Der Ehemann ist Abrissarbeiter, die Höhe des Verdienstes ist nicht bekannt. Die Mutter erhält Kriegshinterbliebenenrente. Bis zu ihrer Erkrankung hat die Kranke als Packerin gearbeitet, Höhe des Verdienstes ebenfalls nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch die Schirmbildstelle im Dezember 1956. Diagnose bei AU am 14.12.56 Ic33 (Aufnahme u.Durchleuchtung). Vom 13.2. bis 24.7.1957 HV , während des Aufenthaltes Änderung der Diagnose in Ia14/15 (pos. Bazillenbefund). Wegen einer Graviditas Mens. V/VI wollte die Kranke nach Berlin verlegt werden, brach aber das HV vor der Entscheidung hierüber gegen ärztlichen Rat ab. Vom 15.8. bis 4.9. 1957 Krankenhausaufenthalt wegen einer Entbindung, Diagnose Ia15. Entlassung erfolgte gegen ärztlichen Rat. Keine weitere Änderung der Diagnose.

FA.: Sohn Christian wurde sofort nach der Geburt in ein Kinderkrankenhaus zur BCG-Impfung verlegt, Mendel-Mantoux bei Entlassung am 14.10.57 1 : 10 pos. Ehemann Bruno bei AU im Dezember 1956 IIc51 (Durchleuchtung + Aufnahme), desgleichen wurde die Mutter als IIc51 eingestuft, bei beiden keine Änderung bis zum Stichtag. Bruder Manfred IIc51, Moro neg. Bruder Eberhard IIc51, Moro pos. Schwester Marianne IIc51, Moro pos,Schwester Bärbel IIc51, Moro neg.,Bruder Helmut IIc51, Moro neg.,Schwester Brigitte IIc51, Moro neg., S.,Heinz war bis zum Stichtag noch nicht zur Untersuchung erschienen, dessen Sohn bei Au im Mai 1957 IIc51, Moro fraglich pos., Mantoux im Juni 1957 neg.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann und ihrem Sohn ein kleines Zimmer in einer 3/1 Kellerwohnung ihrer Mutter, die mit den übrigen Familienmitgliedern (9 Personen) die anderen beiden Räume bewohnt. Die Wohnung ist trocken und verhältnismässig hell. Es ist aber kein Korridor vorhanden und die Toilette befindet sich auf dem Hof. Vor ihrer Heirat im Sommer 1957 schlief die Kranke zusammen mit ihrer ältesten Schwester (Marianne) in einem Bett. Seitdem schläft sie mit ihrem Ehemann zusammen, da das Zimmer so klein ist, daß ein zweites Bett nicht aufgestellt werden kann.

Bemerkungen:
Die Kranke ist nur selten in der Fürsorgestelle zur Untersuchung erschienen. Im November 1957 wurde eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, in der dringend um baldige Zuweisung einer 2/1-Wohnung gebeten wurde.

Zusammenfassung:
Erkrankungsfeststellung im Dezember 1956, seit Anfang 1957 ansteckend tuberkulös. Sehr schlechte Wohnverhältnisse. Aus Platzmangel schlief die Kranke vor ihrer Heirat im Sommer 1957 mit einer Schwester in einem Bett, seitdem schläft sie mit dem Ehemann zusammen. Eine Infektion konnte bei dem Bruder und derjenigen Schwester der Kranken nachgewiesen werden, welche über einen längeren Zeitraum mit ihr das gleiche Bett benutzt hatte. Ihr Kind wurde BCG-geimpft, bei diesem konnte keine Erkrankung festgestellt werden. Vier Geschwister, alle unter 14 Jahren, wiesen am Stichtage noch eine negative Tuberkulinprobe auf, bei einem weiteren Kind war die Moroprobe im Mai 1957 fraglich positiv, der Mantoux-Test im Juni 1957 jedoch negativ.

Fall Nr.20: P., Ruth, 28 Jahre

Familie: Ehemann P., Harry, 29 Jahre - P.,Elvira, 5 J., P., Uwe, 3 Jahre, P., Daniela, 2 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann der Kranken ist Elektriker, über die Höhe seines Verdienstes ist nichts bekannt. Zeitweise erhielt er AlFü (26.- DM wöchentlich).

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im September 1950 (durch Hausarzt, Diagnose bei AU im gleichen Monat (Durchleuchtung und Aufnahme,pos-. Bazillenbefund) Fa5. Krankenhausaufenthalt vom 29.9. bis 10.10.1950, Entlassung gegen ärztlichen Rat. Erneuter Krankenhausaufenthalt vom 18.3.bis 25.5. 1951 (Pneumothorax

rechts, Thorakokaustik rechts und links). Diagnose unverändert bis 1953 (Krankenhausaufenthalt vom 27.6. bis 2.7.1951 wegen Krampfanfall bei Graviditas Mens. VII). Im März 1955 Änderung der Diagnose in Ia 14, Krankenhausaufenthalt im Mai 1955, Sputum mehrere Male positiv. Entlassung gegen ärztlichen Rat. Entlassungsdiagnose - Ia15- bis zum Stichtag unverändert.
FA.: Ehemann bei Au im Frühjahr 1951 IIc51, keine Änderung der Diagnose. Alle drei Kinder wurden BCG-geimpft, bei keinem konnte eine Erkrankung festgestellt werden.

Wohnung:
Bis zum April 1957 bewohnte die Kranke mit ihrem Ehemann und den drei Kindern ein mittelgrosses Zimmer in Untermiete. Die Wohnung war früher ein Pferdestall, die Wände waren teilweise mit Schimmel bedeckt, die Räume rochen muffig und dumpf. Für die Kranke und ihren Ehemann und die eine Tochter war insgesamt nur ein Bett vorhanden. Der Sohn schlief in einem Kinderbett, die jüngere Tochter im Kinderwagen.
Bereits 1956 hatte die Familie sich ein Schlafzimmer und eine Küche angeschafft, zum Aufstellen der Betten fehlte aber der nötige Platz. Am 1.5.1957 erhielt die Familie der Kranken eine sonnige, renovierte 2/1-Wohnung mit Korridor, Bad und Balkon. Von diesem Zeitpunkt an schlief die Kranke mit ihrem Ehemann in einem, die beiden älteren Kinder im anderen Ehebett, die jüngere Tochter schlief im Kinderbett. Es wurde damals die Anschaffung einer Doppelbettcouch für die zwei älteren Kinder geplant.

Bemerkungen:
Am Stichtag waren die Verhältnisse unverändert, die Kranke schlief immer noch mit dem Ehemann in einem Bett. Erst im Sommer 1958 wurde eine weitere Schlafgelegenheit angeschafft, seitdem schläft die Kranke allein.

Zusammenfassung:
Seit 1950 bekannte Erkrankung, immer ansteckungsfähig gewesen. Bis April 1957 sehr schlechte Wohnverhältnisse, die Kranke schlief bis dahin aus Platzmangel mit dem Ehemann und einem Kind in einem Bett. Seit Mai 1957 bessere Wohnverhältnisse, von da bis über den Stichtag hinaus schlief die Kranke

weiterhin mit dem Ehemann in einem Bett, erst zu einem späteren Zeitpunkt wurde eine weitere Schlafgelegenheit angeschafft. Seitdem schläft die Kranke allein. Eine Infektion konnte nicht nachgewiesen werden, alle drei Kinder wurden BCG-geimpft.

Fall Nr. 21: E., Alfred, 44 Jahre

Familie: Ehefrau E.,Lucie, 31 Jahre - E.Monika, 11 Jahre - E.,Peter, 9 Jahre - E.,Christel, 5 Jahre, - E.,Dagmar, 4 Jahre.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist BVG-Angestellter, arbeitet als Fahrkartenverkäufer bei der U-Bahn. Die Höhe des Gehalts ist nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch ein Krankenhaus im Juni 1957, Diagnose Ial5. Zum Stichtag befand sich der Kranke immer noch in stat. Behandlung.

FA.: Ehefrau bei AU im Juni 1957 IIc5l. Tochter Monika bei AU IIa4l. Peter: bei der Einschulungsuntersuchung im Frühjahr 1957 Moro pos., bei AU im Juni 1957 IIa4l. Tochter Christel Moro im März 1957 stark positiv, bei AU im Juni 1957 IIa4l. Tochter Dagmar bei AU im Juni 1957 als IIc5l eingestuft, Moro pos. Bei allen Personen keine Änderung bis zum Stichtag.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine enge, aber sonnige 1/1-Wohnung im dritten Stock eines Quergebäudes. Die Toilette befindet sich ausserhalb der Wohnung und wird noch von einer weiteren Familie mitbenutzt. Die Eheleute schlafen in Ehebetten, die Tochter Dagmar dazwischen. Der Sohn Peter schläft auf einem Klappbett und die beiden anderen Töchter zusammen auf einer Bettcouch. Die Aufstellung weiterer Schlafgelegenheiten ist aus Platzmangel nicht möglich.

Bemerkungen:
Im September 1957 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt mit der Bitte um baldige Zuweisung einer geeigneten 2/1-Wohnung erteilt.

Zusammenfassung:
Erkrankungsfeststellung im Juni 1956. Sofortige stationäre Behandlung, die über den Stichtag hinausging. Aus Platzmangel schlief ein Kind mit den Eltern zusammen und zwei weitere Kinder ebenfalls in einem Bett. Bei der Untersuchung der Familie stellte sich heraus, daß bereits vier Kinder infiziert waren.

Fall Nr. 22: M., Kurt, 33 Jahre

Familie: Ehefrau M., Irmgard, 32 Jahre, M.,Brigitte, 11 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Bis zur Feststellung seiner Erkrankungen war der Kranke als Fernfahrer tätig; die Höhe seines Einkommens ist nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im Februar 1957 durch Hausarzt. Diagnose bei AU am 12.2.1957 Ia14 (Durchleuchtung + Aufnahme, pos. Bazillenbefund). Krankenhausaufenthalt vom 2.3. bis 23.6. 1957, Entlassungsdiagnose Ia15. Im November 1957 Änderung der Diagnose in Ia15/Ic35.

FA.: Ehefrau bei AU am 17.2.57 IIc51, bis zum Stichtag unverändert. Tochter Brigitte bei AU am 22.2.57 Ic37/35. Am 7.3. 1957 Antritt einer HV, gegen ärztlichen Rat am 6.11.57 abgebrochen.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine 1/1-Wohnung im vierten Stock eines Hinterhauses. Die Wohnung macht einen sauberen und gepflegten Eindruck. Die Toilette befindet sich ausserhalb der Wohnung und wird von vier anderen Familien

mitbenutzt. Aus Platzmangel können im Zimmer nur zwei Betten aufgestellt werden, bis zur Feststellung der Erkrankung des Vaters schlief die Tochter abwechselnd bei der Mutter und beim Vater im Bett. Nach Feststellung ihrer Erkrankung schlief die Tochter bis zum Antritt des HV bei der Grossmutter.

Bemerkungen:
Der Kranke ist Potator. Während seines Krankenhausaufenthaltes geriet er unter Alkoholeinfluss in Streit mit anderen Patienten, weshalb er wegen Körperverletzung zu 6 Wochen Haft und einer Geldstrafe verurteilt wurde. Wegen des gleichen Vergehens-hatte der Kranke bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Geldstrafe erhalten. Aus dem Bericht einer Fürsorgerin geht hervor, daß der Kranke völlig haltlos ist und mehrfach Suicidabsichten geäussert hat. -
Im August 1957 wurde von der Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt mit der Bitte um Zuweisung einer ausreichend grossen und geeigneten Wohnung ausgestellt, am Stichtage waren die Wohnverhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Seit Februar 1957 bekannte Erkrankung, bis zum Herbst 1957 ansteckend tuberkulös gewesen. Aus Platzmangel schlief die Tochter des Kranken zeitweilig bei diesem im gleichen Bett, bei ihr konnte eine Erkrankung festgestellt werden.

Fall Nr.23: Sch., Kurt, 50 Jahre

Familie: Ehefrau Sch., Charlotte, 37 Jahre,
Tochter D., Marianne, 7 Jahre, Sohn D., Peter, 4 Jahre, Sohn Sch., Jürgen, 1 Jahr

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Schornsteinfeger, jetzt ist er arbeitsun - fähig und bezieht eine monatliche Sozialrente von 307.- DM.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im Februar 1955 durch Hausarzt, Diagnose bei AU am 17.2.1955 Ia15 (Aufnahme und Durchleuchtung, pos. Bazillenbefund). Krankenhausaufenthalt vom 21.2.bis 30.5. 1955, disziplinarische Entlassung, keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag. Im weiteren Verlauf noch mehrfache, zumeist kurzfristige Krankenhausaufenthalte mit jedesmaliger disziplinarischer Entlassung.
FA.: Ehefrau bei AU am 18.2.55 IIc51. Keine Änderung bis zum Stichtag. Marianne bei AU im Februar 1955 Ic37, danach Antritt eines HV. Seit 1956 IIa45. Die beiden anderen Kinder wurden sofort nach der Geburt BCG-geimpft, bei diesen konnte keine Erkrankung festgestellt werden.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Ehefrau und der älteren Tochter ein kleines möbliertes Zimmer (10,7 qm). Der Kranke schläft mit seiner Ehefrau zusammen in einem Wandbett.
Die Tochter schläft in einem Kinderbett, die anderen Kinder sind wegen Platzmangels in einem Heim untergebracht. Das Aufstellen eines zweiten Bettes ist aus Platzmangel nicht möglich.

Bemerkungen:
Der Kranke heiratete im Juni 1955, er hielt sich jedoch schon längere Zeit vorher bei seiner Frau auf. (Alle Kinder sind seine eigenen). Im Juli 1955 (nach der Heirat) wurde von der Fürsorgestelle erstmalig eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, indem dringend um Zuweisung einer grösseren Wohnung gebeten wurde. 1956 wurde eine zweite Befürwortung ausgestellt, die äusserst dringend gehalten war und in der darauf hingewiesen wurde, daß wegen der schlechten Wohnverhältnisse bereits ein Kind erkrankt ist und zwei weitere aus Platzmangel in einem Heim untergebracht werden mussten.

Zusammenfassung:
Seit 1955 bekannte Anamnese, immer ansteckungsfähig gewesen. Aus Platzmangel schläft der Kranke mit seiner Frau im gleichen Bett, zwei Kinder sind ausserhalb der Familie untergebracht(diese sind BCG-geimpft),nicht erkrankt. Eine Tochter erkrankte an Ic37.

Fall Nr. 24: M., Eva, 28 Jahre

Familie: Ehemann M., Franz, 27 Jahre - M., Christine, 5 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann ist Bauarbeiter, über sein Einkommen ist nichts bekannt, 1954 bezog er ALU. Vor ihrer Heirat (1953) hat die Kranke selbst gearbeitet.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch ein Krankenhaus. Stat.Aufenthalt vom 3.1.1951 bis 17.5.1952, Diagnose Fal (ansteckungsfähige Tuberkulose mit Bazillenbefund). Vom 21.5. bis 20.9.1952 HV, Diagnose bei Antritt des HV Fa5. Erneuter Krankenhaus - aufenthalt vom 9.6. bis 13.7.1953 bei Graviditas Mens.VI/VII, Diagnose Ic35. Im November 1953 Änderung der Diagnose in Ia15. Letzte stat. Behandlung vom 30.7. bis 15.12.1956, Diagnose Ib25. Keine Änderung bis zum Stichtag.
FA.: Der Ehemann ist nur einmal (am 15.6.1953) zur Untersuchung in der Fürsorgestelle erschienen, wurde als IIc5l eingestuft. Die Tochter Christine, bei der die Eltern die BCG-Impfung ablehnten, ist nie in der Fürsorgestelle erschienen. Nach Mitteilung des Hausarztes sei das Kind als IIc5l eingestuft worden, die Moroprobe wäre immer negativ ausgefallen.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrer Familie eine Laube, die aus einem Wohnraum und einem kleinen Nebenraum besteht, den der Ehemann 1954 erst zur Küche ausgebaut hat. Der Wohnraum ist so klein, daß aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden kann.

Bemerkungen:
Da die Kranke nur selten zur Untersuchung erschien, der Ehemann nur einmal und die Tochter überhaupt nicht, konnte infolge fehlender genauer Befunde keine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt werden.

Zusammenfassung:
Seit 1951 bekannte Anamnese, grösstenteils ansteckungsfähig gewesen. Schlechte Wohnverhältnisse, eine Befürwortung an

das Wohnungsamt konnte nicht erteilt werden, da der Fürsorgestelle nur unzureichende Befunde, zum Teil nur von dritter Seite, bekannt waren. Aus Platzmangel schlief die Kranke mit ihrem Ehemann in einem Bett. Eine intrafamiliäre Infektion ist nicht bekannt.

Fall Nr.25: L., Rudolf, 55 Jahre

Familie: Ehefrau L., Ella, 51 Jahre - L.,Herrmann, 23 Jahre- L., Ursula, 12 Jahre - L., Marianne, 5 Jahre.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Rentner, bezieht monatlich 141.- DM Invalidenrente und 45.- DM Sozialunterstützung. Der Sohn ist Arbeiter, die Höhe seines Einkommens nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch ein Krankenhaus im September 1947 (stat. Behandlung vom 11.9.1947 bis 2.4.1948 , Diagnose Fa5 = ansteckungsfähige Diagnose mit Bazillenbefund). Weitere Krankenhausaufenthalte: vom 23.4. bis 16.10.1951, Diagnose bei Entlassung Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.), vom 15.4. bis 31.5.1955, Diagnose Ib25, 21.1.bis 25.5.1956, Diagnose Ia15. Seitdem keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag.

FA.: Ehefrau bei AU 1948 als Überwachungsfall eingestuft, seit 1953 IIc51 (idem). Bis zum Stichtag keine Änderung. Bei Sohn Herrmann gleicher Verlauf. Tochter Ursula 1948 als Überwachungsfall eingestuft. Moro negativ. Am 29.9. 1950 Moro erstmalig positiv, seit 1953 als IIc51 eingestuft. Marianne 1948 als Überwachungsfall eingestuft, seit 1953 unter IIc51. Moro bis zum 14.8.1957 negativ, am 12.2.58 (nach dem Stichtag) aber positiv.

Wohnung:

Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine kleine, nur dürftig möblierte 1/1-Wohnung. Der Kranke schläft allein in der Küche auf einem selbstgebauten Gestell mit einer alten durchgelegenen Matratze. Die übrigen Familienmitglieder schlafen in der Stube, die Ehefrau auf einer Chaiselongue, der Sohn auf einem ausgelegenen Sofa, die beiden Töchter in einem mittelgrossen Kinderbett. Zum Zudecken dienten bis 1953 nur alte Decken, die in der kalten Jahreszeit durch Mäntel ergänzt wurden. (Inzwischen hat die Familie vom Sozialamt Federbetten sowie Bettwäsche und andere Sachspenden erhalten).

Bemerkungen:

Obwohl der Kranke in einem eigenen Bett, sogar in einem eigenen Raume schlief, wurde er von der Tbk.-Fürsorge als a.T.o.e.B. geführt, da in der Familie ein Bett zu wenig vorhanden war. Für die Familie des Kranken wurden schon mehrfach Befürwortungen an das Wohnungsamt mit der Bitte um Zuweisung einer grösseren Wohnung erteilt. Darauf sind dem Kranken auch mehrere Wohnungen zugewiesen worden. Wie der Kranke angibt, sei es ihm jedoch infolge schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse nicht möglich gewesen, eine für ihn geeignete Wohnung zu finden. Tatsächlich scheint der Kranke an einer Verbesserung seiner Wohnverhältnisse nicht ernsthaft interessiert zu sein, da das Sozialamt sich bereits vor mehreren Jahren bereit erklärte, die Mietkosten bis zu einer Höhe von 60.- DM zu tragen. So wurde beispielsweise 1957 dem Kranken eine Wohnung mit entsprechenden Mietkosten zugewiesen, die er jedoch nicht annahm.

Zusammenfassung:

Seit 1947 bekannte Anamnese, seit 1955 immer ansteckungsfähig gewesen. Der Kranke schlief zwar allein in einem eigenen Raum, wurde jedoch als a.T.o.e.B. geführt, da in der Familie ein Bett zu wenig vorhanden war. Trotz schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse hat der Kranke jede Hilfe von seiten der Fürsorge bzw. des Sozialamtes zur Verbesserung seiner Wohn-

Wohnverhältnisse abgelehnt. Bei zwei Kindern konnte eine Infektion nachgewiesen werden.

Fall Nr.26: B., Gerhard, 33 Jahre

Familie: Ehefrau B., Hildegard, 37 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke kam im Jahre 1955 nach Westberlin, wurde jedoch als Flüchtling nicht anerkannt. Zunächst war er als Schrottabnehmer tätig, wurde aber infolge seiner Erkrankung bald arbeitsunfähig, jetzt erhält er Sozialunterstützung. Die Frau hat einen geringen Nebenverdienst durch Heimarbeit.

Anamnese:
Erkrankung wurde erstmalig 1944 im Anschluss an eine doppelseitige Pleuritis festgestellt. Stat.Behandlung in der SBZ 1944 und 1949. Erkrankungsanzeige in Westberlin durch ein Krankenhaus. Stat.Behandlung vom 14. bis 29.9.1955, Diagnose Ib25. Bis zum Stichtag keine Änderung der Diagnose.
FA.: Ehefrau wurde bei AU am 16.3.1956 als IIc51 eingestuft, keine Änderung.

Wohnung:
Bis zum Herbst 1957 bewohnte der Kranke mit seiner Ehefrau ein kleines möbliertes Zimmer in einer Kellerwohnung. Aus Platzmangel konnte nur ein Bett aufgestellt werden, in dem der Kranke mit seiner Ehefrau schlief. Seit Herbst 1957 bewohnt das Ehepaar eine etwas grössere Kochstube, in der jedoch ebenfalls aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden kann.

Zusammenfassung:
Seit 1944 bekannte Anamnese, seit 1955 nachweisbar ansteckungsfähig gewesen (jedoch immer ohne Bazillenbefund). Aus Platzmangel schläft der Kranke mit der Ehefrau im selben Bett. Eine Erkrankung der Ehefrau konnte nicht festgestellt werden.

Fall Nr.27: W., Heinrich, 51 Jahre

Familie: Ehefrau W., Luise, 46 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke ist von Beruf Autoschlosser, verdiente zeitweise 65. - bis 70.- DM wöchentlich. Über einen grösseren Zeitraum war er jedoch arbeitslos und erhielt Sozialunterstützung. Während seiner ersten Ehe lernte der Kranke 1954 in einer Heilstätte seine jetzige Frau kennen. 1954 erfolgte die Scheidung von seiner ersten Frau, die wiederum aus ihrer ersten Ehe einen 17-jährigen Sohn hat. 1955 heiratete der Kranke zum zweiten Male. Für die erste Frau muss der Kranke Unterhaltskosten zahlen (30.- DM monatlich).

Anamnese:

Erkrankungsanzeige im Jahre 1953 durch Hausarzt, Diagnose bei AU im Dezember 1953 Ib25. Vom 26.2. bis 10.5.1954 HV mit disziplinarischer Entlassung, Diagnose unverändert. Am 20.9.54 Änderung in Ia15. Da der Kranke in der Folgezeit trotz mehrfacher Aufforderung nicht mehr in der Fürsorgestelle erschien, liegen über den Verlauf der Erkrankung kaum Unterlagen vor. Einem Heilstättenbericht zufolge sei der Kranke im Dezember 1955 nicht mehr ansteckungsfähig gewesen. Im März 1957 wurde bei einer Untersuchung in der Fürsorgestelle die Diagnose Ib25 gestellt. Am 21.8.1957 positiver Bazillenbefund, jedoch keine Änderung der Diagnose. (Hier ist der Fürsorge offensichtlich ein Versehen unterlaufen, da bei positivem Sputumbefund eine Änderung der Diagnose in Ia15 hätte erfolgen müssen).
FA.: Da der Kranke vor seiner zweiten Heirat in einem anderen Stadtbezirk wohnte, liegen über seine erste Frau und deren Sohn keine Befunde vor. Zweite Ehefrau Luise bei AU am 4.4. 1957 IIc5l, keine Änderung bis zum Stichtag.

Wohnung:

Über die Wohnverhältnisse während der ersten Ehe ist nichts bekannt. Im Jahre 1954 bewohnte der Kranke, nachdem er von

seiner ersten Ehefrau weggezogen war, mit seiner damaligen Bekannten (seiner jetzigen Frau) 1 1/2 möblierte Zimmer, die er aber wegen zu hoher Miete bald aufgab. Nach seiner zweiten Heirat zog der Kranke mit seiner jetzigen Frau in eine sehr kleine, im Dachgeschoß gelegene Kochstube. Diese war so klein, daß nur ein Bett aufgestellt werden konnte, in welchem der Kranke mit seiner Frau schlief. Im Jahre 1957 zog der Kranke zum zweiten Male um. Jetzt bewohnt er im Erdgeschoß eines grösseren Gartengrundstückes ein Zimmer mit kleinem Nebengelass, das als Küche eingerichtet ist. Ausserdem ist noch eine kleine geschlossene Veranda vorhanden. Seitdem schläft der Kranke in einem eigenen Bett.

Bemerkungen:
Die jetzige Wohnung hat sich der Kranke selbst besorgt; eine Befürwortung durch die Fürsorge brauchte nicht erteilt zu werden.

Zusammenfassung:
Seit 1953 bekannte Anamnese, nur wenig Befunde über den Verlauf der Erkrankung vorhanden. Nach den vorhandenen Unterlagen ist der Patient seit 1954 ansteckungsfähig gewesen. Über einen Zeitraum von zwei Jahren schlief der Kranke aus Platzmangel mit seiner Frau im gleichen Bett, zuletzt infolge Wohnungsverbesserung allein. Über seine erste Frau, mit der er bis 1954 zusammenlebte, sowie deren Sohn liegen keine Befunde vor. Bei seiner jetzigen Ehefrau konnte keine Erkrankung festgestellt werden.

Fall Nr.28: M., Otto, 49 Jahre

Familie: Ehefrau M., Irene, 49 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Elektromeister, über die Höhe seines Einkommens ist nichts bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im Mai 1955 durch eine Schirmbildstelle. Befund bei AU im Juni 1955 Ic33/Ib23 (Aufnahme + Durchleuchtung). Im September 1955 Änderung der Diagnose in Ia15. Im Januar 1957 Ic35, seit November 1957 Ib25.
Keine Krankenhausaufenthalte während der Berichtszeit.
FA.: Ehefrau bei AU im Juni 1955 IIc51, keine Änderung bis zum Stichtage.

Wohnung:
Bis 1956 bewohnte der Kranke mit seiner Ehefrau ein unheizbares (!) Mansardenzimmer mit abgeteilter Kochnische. Die Wasserleitung und die Toilette befanden sich 1 1/2 Stockwerke tiefer. In dieser Wohnung war aus Platzmangel nur ein Bett vorhanden, in dem der Kranke mit seiner Ehefrau schlief. Diese Wohnung musste von dem Kranken geräumt werden, da sie als Portierswohnung vergeben werden sollte. Die dem Kranken dafür zugewiesene Wohnung besteht aus 1 1/2 Zimmern und Küche mit Innentoilette. Obwohl die Wohnung ausreichend ist, schläft der Kranke weiterhin mit seiner Frau im selben Bett. Die Anschaffung eines zweiten Bettes sei nach Angaben des Kranken aus finanziellen Gründen nicht möglich.

Bemerkungen:
Die jetzige Wohnung erhielt der Kranke aufgrund einer Befürwortung der Tbk.-Fürsorge an das Wohnungsamt. Da der Kranke sich weigerte, Angaben über seine finanziellen Verhältnisse zu machen, war es nicht möglich, ihm durch das Sozialamt ein zweites Bett beschaffen zu lassen. Aus dem gleichen Grunde lehnte die Innere Mission es ab, eine zweite Schlafgelegenheit zu beschaffen.

Zusammenfassung:
Seit 1955 bekannte Anamnese, von September 1955 bis Januar 1957 und seit November 1957 bis zum Stichtag ansteckungs - fähig gewesen. Zunächst schlief der Kranke aus Platzmangel mit seiner Frau im gleichen Bett, nach Zuweisung einer größeren Wohnung aufgrund einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorge angeblich aus finanziellen Gründen. Eine Erkrankung der Ehefrau konnte nicht festgestellt werden.

Fall Nr.29: G., Otto, 47 Jahre

Familie: Ehefrau G., Margarete, 43 Jahre, G., Klaus, 23 J., G., Manfred, 20 Jahre, G., Horst, 19 Jahre. Sohn der Ehefrau aus erster Ehe K., Peter, 22 J.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Arbeiter, bezieht aber Invalidenrente. Der Sohn Manfred ist ebenfalls Arbeiter, die Höhe des Einkommens ist nicht bekannt.

Anamnese:
Die erste Ehefrau des Kranken (Mutter aller Kinder ausser Peter K.) ist 1944 an Tbk. verstorben. Die Erkrankung bei dem Kranken selbst ist erst seit 1947 bekannt. Damals als Überwachungsfall geführt (von 1944 bis 1947), dann als aktive, aber nicht ansteckungsfähige tuberkulöse Erkrankung. 1950 Änderung der Diagnose in Fb12 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund), 1952 in Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). Seit September 1952 (Fa6) ansteckend tuberkulös mit positivem Bazillenbefund(seit 1953 als Ia15 geführt). Erst kurz vor dem Stichtag Änderung der Diagnose in Ic35. Im Verlauf der Erkrankung mehrfach stat. Behandlung.
FA.: Ehefrau bei AU 1947 als Überwachungsfall eingestuft (seit 1953 als IIc51), seitdem keine Änderung. Wie aus den Unterlagen hervorgeht, erkrankte Klaus G. als erster in der

Familie. Von diesem waren keine Befunde mehr vorhanden, da er bereits vor mehreren Jahren die Familie verlassen hat. Sohn Manfred bei AU 1947 als Überwachungsfall eingestuft, 1951 Änderung der Diagnose in Fb13 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund), nach Einführung der neuen Diagnosenordnung Änderung in Ib25 im Jahre 1953. 1954 Änderung in Ic35, 1955 Ic35/Ia45, seit 19.10.1956 IIa45, mehrfache Krankenhausaufenthalte. Sohn Horst bei AU 1947 als Überwachungsfall eingestuft (seit 1953 IId51), keine Änderung der Diagnose. Stiefsohn Peter bei AU 1947 Fc16/17 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). Weitere Befunde sind nicht vorhanden, da Peter K. die Familie ebenfalls verlassen hat.

Wohnung:

Der Kranke bewohnte mit seiner Ehefrau und zunächst 4 Kindern eine 1/1-Wohnung (Stube und Küche) im Parterre eines Quergebäudes. Die Wohnung ist feucht und dunkel. Ende 1951 standen für fünf Personen ((Sohn Klaus hatte bereits die Familie verlassen) drei Betten zur Verfügung, der Kranke schlief mit der Ehefrau in einem Bett. Bis 1953 verzog ein weiteres Kind, so dass damals für vier Personen drei Betten zur Verfügung standen. Der Kranke schlief weiterhin mit seiner Frau im gleichen Bett. Ein im Jahre 1953 von der Fürsorge zur Verfügung gestelltes Bett wurde abgelehnt, da es aus räumlichen Gründen nicht aufgestellt werden konnte. Im Jahre 1956 verliess das dritte Kind die Familie, seitdem steht jedem Familienmitglied ein eigenes Bett zur Verfügung.

Bemerkungen:

Im Jahre 1952 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt mit der Bitte um Zuweisung einer grösseren Wohnung ausgestellt. Dem Kranken wurden daraufhin einige Wohnungen zugewiesen, die dieser aber ablehnte, da angeblich die Miete für ihn zu hoch sei, obwohl das Sozialamt einen Teil der Mietkosten getragen hätte.

Zusammenfassung:
Bis 1955 zurückreichende Familienanamnese. Damals verstarb die Frau an einer Tbk. Darauf erkrankte der älteste Sohn, 1947 wurde erstmalig eine Erkrankung bei dem Vater festgestellt. Anfangs sehr schlechte Wohnverhältnisse, die sich relativ verbesserten, indem drei Kinder den Haushalt verliessen. Aus Platzmangel schlief der Kranke bis 1956 mit seiner Frau in einem Bett. Nach dem Vater erkrankte ein weiteres Kind im Alter von 13 Jahren.

Fall Nr. 30.: D., Margarete, 30 Jahre

Familie: Ehemann D., Rudolf, 34 Jahre - D., Peter-Detlef, 6 Jahre, D., Roger, 7 Jahre, D., Klaus-Jürgen, 5 J., D., Angela, 4 Jahre, D., Ulrich, 1 Jahr, D., Elke, geb. 4.7.1957

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann ist von Beruf Elektroschweisser, bis November 1955 war er arbeitslos, seitdem verdient er etwa 65.- DM wöchentlich.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch den Amtsarzt im April 1954, als die Familie nach Kanada auswandern wollte. Diagnose bei AU am 28.4.1954 (Durchleuchtung + Aufnahme) Ib25. Krankenhausaufenthalt vom 7.5. bis 23.9.1954, Diagnose bei Entlassung Ia15. Im März 1955 Änderung in Ic35, seitdem keine Änderung mehr.

FA.: Ehemann bei AU am 17.5.1954 IIc5l, keine Anderung bis zum Stichtage. Sohn Peter-Detlef bei AU IIc5l, Moro pos., desgleichen Sohn Roger; Klaus-Jürgen, Angela und Ulrich wurden BCG-geimpft, eine Erkrankung konnte bei ihnen nicht festgestellt werden. Uber die Tochter Elke lagen am Stichtage noch keine Befunde vor.

Wohnung:

Bis 1955 wohnte die Kranke mit ihrem Ehemann und damals drei Kindern als Untermieter in einem möblierten Zimmer einer Wohnung im dritten Stock eines Quergebäudes. Das Zimmer war feucht und so klein, daß aus Platzmangel die Kranke mit dem Ehemann in einem Bett zu schlafen gezwungen war. Im Jahre 1955 zog der Hauptmieter aus und überliess die Wohnung der Familie der Kranken, seitdem steht für jedes Familienmitglied ein eigenes Bett zur Verfügung.

Bemerkungen:
Im Mai 1954 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine dringende Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, worin unter Hinweis auf die Tatsache, daß die Kranke ein Kind erwarte, um Zuweisung einer 2/1-Wohnung gebeten wurde.

Zusammenfassung:
Seit 1954 bekannte Anamnese, bis 1955 ansteckungsfähig gewesen. Bis 1955 schlief die Kranke aus Platzmangel mit dem Ehemann im gleichen Bett, seitdem durch relative Wohnraumverbesserung (Auszug des Hauptmieters) hat sie ein eigenes Bett zur Verfügung. Drei Kinder wurden BCG-geimpft, erkrankten nicht. Zwei Kinder wurden infiziert.

Fall Nr.31: T., Ruth, 30 Jahre

Familie: Ehemann T., Günther, 25 Jahre - M., Gabriele, 10 J.; zwei in den Jahren 1953 und 1957 geborene Kinder halten sich nicht in der Familie auf. Über diese sind daher keine Unterlagen vorhanden.

Soziale Verhältnisse:

Der Ehemann ist Arbeiter, war während der Berichtszeit arbeitslos und bezog Sozialunterstützung.

Anamnese:

Erkrankungsanzeige durch eine Schirmbildstelle im August 1953. Befund bei AU am 20.8.1953 Durchleuchtung + Aufnahme), pos. Bazillenbefund, Ia14 bei Graviditas Mens IX. Im November 1953 Änderung in Ia15. Seit Januar 1955 Ic35.
FA.: Ehemann bei AU am 9.9.1953 als IIc51 eingestuft. Im November 1953 Änderung der Diagnose in Ib23. Krankenhausaufenthalt vom 6.11.1953 bis 28.4.1954, Diagnose bei AU Ia14; Anlage eines Pneumothorax. Seit März 1955 Ic35. Gabriele bei AU am 21.8.1953 Moro pos., Diagnose Ic37. Im November 1953 Änderung in IIc51, seit März 1955 IIa41.

Wohnung:

Bis zum Eintritt der Erkrankung wohnte die Kranke mit ihrer Familie in der Wohnung ihrer Mutter, ein weiterer Verbleib in dieser Wohnung war aus Platzmangel nicht möglich. Im Jahre 1954 wohnte die Ehefrau mit ihrem Mann in einer kleinen engen Stube, in der aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden konnte, in welchem die Kranke mit ihrem Mann zusammen schlief. Die Kinder waren aus Platzmangel bei der Schwiegermutter in Ostberlin untergebracht. Im Jahre 1955 erhielt die Familie aufgrund einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorge eine 1/1-Wohnung mit Innentoilette, in der weiterhin Platzmangel herrschte, sodaß die Kranke auch hier mit dem Ehemann zusammen schlief. Das älteste Kind schlief in einem Kinderbett, das jüngere (und später auch das 1957 geborene) hielten sich bei der Schwiegermutter auf.

Bemerkungen:

Bereits im Jahre 1953 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, worauf die Kranke von letzterem einige Wohnungen zugewiesen erhielt. Wie die Kranke angibt, hätten sich die Vermieter aber geweigert, mit "arbeitslosen jungen Menschen" Mietverträge abzuschließen. Die im Jahre 1954 erhaltene 1/1-Wohnung war so klein, daß tatsächlich keine Besserung der Wohnverhältnisse eingetreten war. Eine zweite Befürwortung wurde 1957 ausgestellt, in der darauf hingewiesen wurde, daß die Kranke ein weiteres Kind erwarte. Am Stichtage waren die Verhältnisse unver - ändert.

Zusammenfassung:

Seit 1953 bekannte Anamnese, bis 1954 ansteckungsfähig gewesen. Sehr schlechte Wohnverhältnisse, die Kranke schlief aus Platzmangel mit dem Ehemann in einem Bett, der kurze Zeit nach ihr erkrankte. Ebenfalls erkrankte das älteste Kind; zwei weitere halten sich ausserhalb der Familie bei Verwandten auf.

Fall Nr.32: B., Horst, 29 Jahre

Familie: Ehefrau B., Renate, 30 Jahre - B., Rosemarie, 6 J., B., Ilse, 5 Jahre, Zwillinge Peter und Karl, 4 J., B., Horst, 2 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke ist Bauarbeiter, das Einkommen während der letzten Zeit ist nicht bekannt. Zur Zeit, da der Kranke ansteckungsfähig war, bestand der Haushalt nur aus dem Ehepaar und einem Kind. Der Kranke war damals (1953) arbeitslos und erhielt Sozialunterstützung sowie eine Pflegezulage von der Tbk.-Fürsorge.

Anamnese:
Erkrankungsbeginn im Jahre 1947, damaliger Befund Fa2 (ansteckungsfähige Tbk. mit Bazillenbefund). Unveränderter Befund bis 1953 (Februar 1953: Ia15). Im Januar 1954 Ia15/Ic35, im Juni 1954 Änderung in Ic35. Seit August 1954 IIa51, keine weitere Änderung.

FA.: Ehefrau erstmalig erschienen zur AU am 9.6.1952 (Heirat des Kranken im Dezember 1951, wurde als IIc51 eingestuft). Letzter Untersuchungsbefund vom 31.3.1954, Diagnose unverändert. Rosemarie bei AU 1952 IIc51, Moro negativ (bis zum Stichtag). Die anderen Kinder sind, wie aus den Akten ersichtlich, nie in der Tbk.-Fürsorge erschienen. Lediglich von Ilse B. liegt der Befund des Hausarztes vor, wonach sie mit negativem Moro im Jahre 1953 als IIc51 eingestuft wurde.

Wohnung:
Bis zum Frühjahr 1951 wohnte der Kranke bei Verwandten in Untermiete. Da in dieser Familie jedoch ein Kind erwartet wurde, war er wegen der Ansteckungsgefahr veranlasst worden, sich ein anderes Zimmer zu suchen. Darauf zog der Kranke zu seiner Braut. Dort bewohnte er mit ihr ein kleines Zimmer., in dem aus Platzmangel nur ein Bett aufgestellt werden konnte. Nach der Heirat im Dezember 1951 zog der Kranke mit seiner Frau und einem Kind in eine geräumige Kochstube im vierten Stock eines Hinterhauses. Dort wuchs die Familie während der Zeit, da der Kranke noch ansteckungsfähig war, auf 6 Personen an. Bis zu seinem Ausscheiden aus der Gruppe der a.T.o.e.B. schlief er mit der Frau aus Platzmangel in einem Bett.

Zusammenfassung:
Seit 1947 bekannte Anamnese, bis 1954 ansteckungsfähig gewesen. Sehr schlechte Wohnverhältnisse, der Kranke schlief mit seiner Ehefrau aus Platzmangel in einem Bett. Über eine Infektion oder Erkrankung anderer Familienmitglieder während dieser Zeit ist nichts bekannt geworden.

Fall Nr.33: H.-G., Gerhard, 31 Jahre

Familie: Ehefrau H.-G., Ingeborg, 29 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke kam mit seiner Ehefrau im Jahre 1950 als politischer Flüchtling nach Westberlin. Wegen seiner Erkrankung hat er hier nicht arbeiten können. Der Kranke erhielt Sozialunterstützung sowie eine Pflegezulage von der Tbk.-Fürsorge.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige erfolgte im November 1950, als der Kranke mit seiner Ehefrau sich noch in einer Einzelkabine eines "Wohnbunkers" aufhielt. Diagnose bei AU im gleichen Monat (Durchleuchtung + Aufnahme, pos. Bazillenbefund) Fa6 bis September 1951. Seit 1953 Ia15/Ic35. Im März Änderung der Diagnose in Ic35. Nach 1954 liegen keine weiteren Befunde vor, da der Kranke unbekannt (nach Aussagen der Hausbewohner vermutlich in die sowjetische Besatzungszoge) verzogen ist. FA.: Ehefrau bei Schirmbildaufnahme am 29.11.1950 Fb12 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund), Krankenhaus - aufenthalt vom 5.12.50 bis 8.1.1951, Entlassung gegen ärztlichen Rat, Diagnose bei Entlassung Fa6 (positiver Bazillenbefund). Im Mai 1952 Änderung der Diagnose in Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.), im November 1952 in Ic35/IIa45. Letzter Befund vom Juni 1953: IIa45.

Wohnung:
Nach seiner Ankunft in Westberlin im Jahre 1950 fand der Kranke mit seiner Ehefrau zunächst Unterkunft in einem Flüchtlingsbunker, wo der Kranke mit seiner Frau in einem Bett schlief. Nach Feststellung seiner Erkrankung wurde ihm sofort ein anderer Wohnraum zugewiesen. Er bewohnte dann ein kleines möbliertes Zimmer, in dem aus Platzmangel ebenfalls nur ein Bett vorhanden war. Im Sommer 1952 erhielt der Kranke aufgrund einer Befürwortung der Tbk.-Fürsorge an das Wohnungsamt eine 1/1-Wohnung im ersten Stock eines Quergebäudes.

Der Kranke erhielt vom Sozialamt zwei Betten, einen Schrank. einen Küchentisch und zwei Stühle. Die Miete wurde ebenfalls vom Sozialamt getragen.

Bemerkungen:
Bei einem Hausbesuch im Herbst 1954 wurde festgestellt, daß der Kranke mit seiner Ehefrau unbekannt verzogen ist.

Zusammenfassung:
Seit 1950 bekannte Anamnese, bis 1954 ansteckungsfähig gewesen. Bis 1952 schlief der Kranke mit seiner Ehefrau aus Platzmangel in einem Bett. Da die Betreffenden aus der SBZ nach Westberlin kamen, läßt sich der Zeitpunkt der Infektion nicht bestimmen.

Fall Nr.34: L.,Herta, geb. 24.6.1921, gest.19.10.1956

Familie: Mutter M., Anna, 65 J., Sohn Rudi, 15 J.,
Mutter des Kindesvaters Z., Gertrud.

Soziale Verhältnisse:
Die Kranke war ledig, der Kindesvater sei im Kriege gefallen; sie war nicht berufstätig und stand als h.w.g.-Person (B. mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr) in ständiger Überwachung der Geschlechtskrankenfürsorge).

Anamnese:
Erkrankungsanzeige durch die Schirmbildstelle, Diagnose bei AU am 9.10.1953 (Durchleuchtung + Aufnahme, pos.Bazillenbefund) Ia14. Bis zum Tode keine Änderung der Diagnose. Krankenhausaufenthalte: Vom 4.11. bis 9.12.1953, die Kranke kehrte von einem ihr gewährten Urlaub nicht zurück. (Im Entlassungsbericht heißt es, daß bei dem unvernünftigen Verhalten der Kranken die Prognose zweifelhaft sei, am besten möglichst bald erneute Einweisung). Vom 1.2.bis 19.2.54, Entlassung gegen ärztlichen Rat, vom 3.7. bis 2.9.54 (die Kranke verließ eigenmächtig das Krankenhaus, anscheinend aus Furcht, daß sie in absehbarer Zeit für haftfähig erklärt werden könnte, was aus einer Anfrage vom Amtsgericht

Tiergarten im August 1954 geschlossen werden kann), 3.1. bis 28.2.1955 (Entlassungsbericht: Beiderseitige Lungentbk. mit stetiger Progredienz. Streptomycinresistenz, mässige Empfindlichkeit PAS, Conteben und INH. Prognose infaust. Entlassung gegen ärztlichen Rat), vom 30.6. bis 25.8.1955, Entlassung gegen ärztlichen Rat. Am 24.8.55 wurde von der Tbk.-Fürsorge ein Antrag auf Zwangsasylierung gestellt. Erneuter Krankenhausaufenthalt (ohne Zwangseinweisung) vom 24.9.55 bis 26.1.1956 (die Entlassung erfolgte auf eigenen Wunsch, da die Kranke in ein Krankenhaus in der Nähe ihrer Wohnung wollte). Letzter Krankenhausaufenthalt vom 1.2.1956 bis zum 19.10.1956 (der Exitus letalis war nach einer stärkeren Lungenblutung infolge einer ausgedehnten kavernösen Lungentuberkulose eingetreten.
FA.: Sohn Rudi im Jahre 1948 (Meldung durch die Schulfürsorge) Fc17 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). Bei der damals durchgeführten Umgebungsuntersuchung konnte in der Familie keine Infektionsquelle gefunden werden. Von 1950 bis 1953 als unklarer Überwachungsfall eingestuft, 1953 und 54 Änderung der Diagnose in IIa4l. Seit 1954 als IIc5l eingestuft. Die Mutter der Kranken sowie die Mutter des Kindesvaters sind nie zur Untersuchung erschienen, über sie liegen keine Befunde vor.

Wohnung:
Bis 1954 schlief die Kranke mit ihrem Sohn grösstenteils bei der Mutter des Kindesvaters in einer dunklen feuchten 1/1-Kellerwohnung. Zeitweise wohnte sie auch bei ihrer Mutter, die ebenfalls in einer 1/1-Kellerwohnung wohnte. Die Kranke schlief jeweils mit einer zweiten Person, nämlich mit der Mutter des Kindesvaters oder ihrer eigenen Mutter, zusammen in einem Bett. Aufgrund einer Befürwortung erhielt die Kranke 1954 eine Kochstube zugewiesen, die sie jedoch wegen Nässe und starker Schimmelbildung wieder aufgeben musste. Danach schlief die Kranke, sofern sie sich nicht gerade im Krankenhaus aufhielt, wieder bei ihrer Mutter, während der Sohn sich bei der Mutter des Kindesvaters aufhielt.

Bemerkungen:
Im August 1955 wurde von der Tbk.-Fürsorge ein Antrag an den Amtsarzt gestellt, in welchem die Zwangsasylierung für dringend erforderlich gehalten wurde. Der Antrag wurde mit folgenden Feststellungen begründet: Obwohl die Kranke auf die von ihr ausgehende Ansteckungsgefahr hingewiesen und mit entsprechenden Verhaltungsmaßregeln vertraut gemacht wurde, missachtete sie diese, wodurch nachweisbar innerhalb kurzer Zeit fünf Kinder aus Familien, die sie besucht hatte, durch sie infiziert wurden. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß die Kranke in Überwachung der Geschlechtskrankenfürsorge steht und nach dem bisherigen Verhalten und ihrem Gesamteindruck anzunehmen sei, daß sie ihren asozialen Lebenswandel weiterführen werde.

Zusammenfassung:
Seit 1953 bekannte Anamnese, bis zum Tode der Kranken (1956) war diese immer ansteckungsfähig. Häufige Krankenhausaufenthalte, Entlassungen gegen ärztlichen Rat. HwG-Person. Höchst uneinsichtiges und unverantwortliches Verhalten der Kranken (nachgewiesene extrafamiliäre Infektion von fünf Kindern). Sehr schlechte Wohnverhältnisse, die Kranke schlief grösstenteils bei ihrer eigenen Mutter oder bei der Mutter des Vaters ihres unehelichen Sohnes, die beide eine 1/1-Kellerwohnung bewohnten. Ihr Sohn erkrankte bereits im Jahre 1948, damals wurden bei einer Umgebungsuntersuchung keine Erkrankungen in der Familie festgestellt. Der Sohn ist aber, wie aus den Unterlagen hervorgeht, niemals ansteckungsfähig tuberkulös erkrankt. Zum Zeitpunkt, da die Erkrankung der Mutter festgestellt wurde, war die Tbk. des Sohnes bereits klinisch abgeheilt.

Fall Nr.35: H., Max, 64 Jahre

Familie: Ehefrau H., Selma, 46 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke war früher Elektriker, erhält aber Invalidenrente, von der er 35.- DM Unterstützung monatlich für ein Kind aus erster Ehe bezahlen muss. 1952 heiratete der Kranke zum zweiten Male. Seine jetzige Frau ist Schneiderin, über ihr Einkommen liegen keine Unterlagen vor.

Anamnese:
Aus ungeklärten Gründen war ein Teil der Unterlagen nicht aufzufinden, sodaß eine genaue Anamnese nicht geschildert werden kann. Soweit bekannt, wurde die Erkrankung 1948 festgestellt, war aber nicht ansteckungsfähig. Im Jahre 1952 erfolgte eine Reaktivierung, seitdem ist der Kranke (bis zum Stichtag) immer ansteckungsfähig gewesen, mehrfache Krankenhausaufenthalte, Diagnose grösstenteils Ial5.
FA.: Zweite Ehefrau bei AU am 15.5.1952 als Überwachungsfall (ab 1953 IIc5l) eingestuft, keine Änderung der Diagnose bis zum Stichtag. Über die erste Ehefrau liegen keine Unterlagen vor.

Wohnung:
Bis zum Sommer 1957 bewohnte der Kranke mit seiner Ehefrau eine Kochstube im dritten Stock eines Vorderhauses. Die Stube war so klein, daß nur Platz für eine Schlafgelegenheit vorhanden war. Der Kranke schlief deshalb mit seiner Frau auf einer Couch. 1957 erhielt er aufgrund einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorge, (erste Befürwortung 1952, zweite Befürwortung 1953) eine 1/1-Wohnung. Die Wohnung besteht aus Stube, Küche und Innentoilette, macht einen gepflegten Eindruck und ist renoviert. In dieser Wohnung schläft der Kranke allein in der Küche, die als Wohnküche benutzt wird.

Zusammenfassung:
Seit 1948 bekannte Anamnese, erst seit 1952 ansteckungsfähig. Bis zum Sommer 1957 sehr schlechte Wohnverhältnisse, der Kranke schlief aus Platzmangel mit der Ehefrau in einem Bett.

1957 erhielt der Kranke eine 1/1-Wohnung, seitdem schläft er allein in einem eigenen Bett und Raum. Eine Infektion der Ehefrau ist nicht eingetreten.

Fall Nr.36: B., Rudolf, 27 Jahre

Familie: Ehefrau B., Eveline, 25 Jahre - Stieftochter Doris, 5 Jahre, Tochter Bärbel, geb. am 25.1.1957.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke kam 1952 als Flüchtling nach Westberlin. Kurzfristig arbeitete er als Kraftfahrer, wurde aber bald arbeitsunfähig. In den letzten Jahren seiner Erkrankung bezog er Sozialunterstützung.

Anamnese:
Feststellung der Erkrankung im Jahre 1946 nach der Entlassung aus Kriegsgefangenschaft. Zwei Jahre stationäre Behandlung in der SBZ, danach klinische Heilung. Reaktivierung im November 1954, Erkrankungsanzeige durch den Hausarzt. Befund bei AU am 23.12.1954 (Durchleuchtung + Aufnahme, pos.Bazillenbefund) Ia15. Krankenhausaufenthalte: vom 12.1.bis 6.2.1955, Diagnose Ia14, Entlassung gegen ärztlichen Rat, vom 16.2. bis 3.4.55, Diagnose unverändert, Entlassung gegen ärztlichen Rat, vom 30.1. bis 7.2.56, Entlassungsdiagnose Ia15, disziplinarische Entlassung wegen Verwicklung in eine Schlägerei, 18.10.56 bis 6.2.57 Diagnose unverändert, 24.5. bis 18.6.57 Diagnose unverändert; beide Male Entlassung gegen ärztlichen Rat.
FA.: Ehefrau bei AU am 11.1.1955 IIc51, keine Änderung bis zum Stichtage. Stieftochter Dori bei AU am 11.1.55 IIc51, Moro pos. bei der nächsten Untersuchung im März 1955 Änderung in Ic37. Seit November 1955 IIa41. Tochter Bärbel wurde laufend in der Säuglingsfürsorge untersucht, ist nie in der Tbk.-Fürsorge erschienen. Moro bis Januar 1958 immer negativ gewesen.

Wohnung:
Bis April 1956 bewohnte der Kranke mit seiner Familie ein möbliertes mittelgrosses Zimmer als Untermieter in einer feuchten und kalten Kellerwohnung. Aufgrund einer Befürwortung durch die Tbk.-Fürsorge (am 31.1.55) erhielt der Kranke im Mai 1956 eine helle und geräumige 2/1-Wohnung im ersten Stock eines Seitenflügels. Bei einem Hausbesuch am 23.5.56 wurde festgestellt, daß die Wohnung einen ziemlich verwohnten Eindruck macht und nur dürftig möbliert ist. Ausser einem Bett war nur eine eingesessene Couch als Schlafgelegenheit vorhanden. Der Kranke schlief mit seiner Frau in einem Bett, da aus Geldmangel ein zweites Bett nicht angeschafft werden konnte.

Bemerkungen:
Der Kranke ist der Tbk.-Fürsorge als Trinker bekannt. Er ist sehr uneinsichtig, trotz seiner schweren Erkrankung hat er zeitweise gearbeitet. Im Januar 1958 machte der Kranke eine Erbschaft, sodaß es ihm möglich war, ein zweites Bett anzuschaffen. Seitdem schläft er allein.

Zusammenfassung:
Seit 1956 bekannte Anamnese, seit 1954 immer ansteckungsfähig gewesen. Sehr uneinsichtiger Kranker. Bis 1956 schlechte Wohnverhältnisse, der Kranke schlief bis dahin aus Platzmangel mit der Frau im gleichen Bett. Im Mai 1956 Verbesserung der Wohnverhältnisse, der Kranke schlief dann aus Geldmangel mit der Frau im gleichen Bett (obwohl eine alte Schlafgelegenheit vorhanden war). Im Januar 1958 Erbschaft, seitdem schläft er allein. Erkrankung der Ehefrau konnte nicht festgestellt werden.

Fall Nr.37: R., Hans, 34 Jahre

Familie: Ehefrau Ruth, 21 Jahre - R., Jürgen, 4 Jahre, R., Michael, 2 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke ist von Beruf Bäcker, infolge seiner Erkrankung wurde im Februar 1952 ein Berufsverbot ausgesprochen. Dieses wurde im Januar 1956 aufgehoben, musste aber im Herbst 1956 wieder erneuert werden. Zeitweise arbeitete der Kranke als Töpfer mit einem Wochenverdienst von etwa 50.- DM. Seit 1953 erhält der Kranke Rente.

Anamnese:

Erkrankungsanzeige durch Schirmbildstelle 1950, Diagnose bei AU im August 1950 Fa6 (ansteckungsfähige Tbk. mit Bazillenbefund). Krankenhausaufenthalt vom 6.9.1950 bis 1.2. 1951, Entlassungsdiagnose Fb12 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund). 1952 Fa6, 1953 Ia15, 1954 Ic35. Seit 14.9. 1956 wieder Ia15, keine weitere Änderung bis zum Stichtag. FA.: Die Ehefrau ist trotz mehrfacher, auch verschärfter Ladungen nie in der Fürsorgestelle erschienen. Auf Grund einer Schirmbildaufnahme vom 15.5.1955 wurde sie als IIc51 eingestuft. Sohn Jürgen bei AU am 23.3.55 IIc51. Im Januar 1954 fiel die Moroprobe (Mitteilung der Säuglingsfürsorge) negativ aus, Moro erstmalig pos. am 19.9.1956. Änderung der Diagnose in Ic33. Seit 31.3.1957 Ic33/IIa41. Sohn Michael erschien ebenfalls während der Berichtszeit nicht in der Tbk.-Fürsorgestelle. Nach Mitteilung des Hausarztes ist am 19.9.1956 die Moroprobe negativ ausgefallen. (Im März 1958 - also nach dem Stichtage - erschien das Kind erstmalig zur Untersuchung. Dabei wurde folgender Befund erhoben: Induriert, verstärkt gezeichnete Hili, rechts mehr als links, vermehrte Hilusauffaserung im rechten Unterfeld. Im rechten Herzzwerchfellwinkel in Anlehnung an das Zwerchfell über kirschgrosse, aus kleinflächigen Einlagerungen zusammengesetzter Verschattungskomplex, wahrscheinlich unspezifischer Natur. -(Nach Angabe der Mutter war das Kind erst einige Wochen vorher an Keuchhusten erkrankt).

Wohnung:
Bis zu seiner Heirat am 30.5.1953 wohnte der Kranke allein in Untermiete. Nach der Heirat zog er zu seiner Frau, wo er mit ihr ein sonnenloses fusskaltes Zimmer in Untermiete bewohnte. 1954 bezog der Kranke eine 1/1-Wohnung im gleichen Hause, weil diese zufällig frei geworden war. Die Wohnung ist dunkel, sonnenlos und fusskalt (Parterrewohnung). Aus Platzmangel schläft er mit seiner Frau in einem Bett.

Bemerkungen:
Im November 1953 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt. Die 1/1-Wohnung bezog der Kranke jedoch ohne Wissen des Wohnungsamtes. In einer zweiten Befürwortung vom 8.10.1956 wurde auf diesen Umstand hingewiesen und um Zuweisung einer grösseren und für den Kranken geeigneten Wohnung gebeten. Am Stichtag waren die Verhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Seit 1950 bekannte Anamnese, fast durchweg offen gewesen. Aus Platzmangel schlief der Kranke mit seiner Frau in einem Bett. Ein Kind wurde durch den Kranken infiziert und erkrankte ebenfalls.

Fall Nr.38: K., Wilhelm, 42 Jahre

Familie: Ehefrau Charlotte, 41 Jahre - K.,Harry, 19 J.

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Arbeiter, erhält Sozialunterstützung. Die Ehefrau verdient als Gartenbauarbeiterin ca. 52.- DM wöchentlich, der Sohn als Hilfsarbeiter etwa 47.- DM wöchentlich.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige im November 1956 durch den Hausarzt. Befund bei AU Ic35. Krankenhausaufenthalt vom 7.12.1956 bis 21.3.1957, Diagnose Ia15. Vom 24.5. bis 16.8.1957 HV, gegen

ärztlichen Rat abgebrochen, Diagnose bei Entlassung Ial5. Am 12.12.1957 Änderung in Ial5/Ic35.
FA.: Trotz mehrmaliger Aufforderungen sind weder die Ehefrau noch der Sohn zur Untersuchung in der Tbk.-Fürsorgestelle erschienen und sind auch nicht von einem praktischen Arzt untersucht worden, sodaß über sie keinerlei Befunde vorliegen.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine äusserst enge, sonnenlose 1/1-Wohnung im dritten Stock eines Seitenflügels. Die Wohnung ist ohne Toilette (diese befindet sich im Hof) und hat keinen Korridor, die Stube ist etwa 2,5 x 4,5 m gross und besitzt nur ein Fenster. Aus Platzmangel schläft der Kranke mit seiner Frau in einem Bett. Die im Hof befindliche Toilette wird noch von drei anderen Familien benutzt, friert im Winter ein und kann dann nicht benutzt werden.

Bemerkungen:
Am 10.12.1956 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, die äusserst dringend gehalten war. Am 9.2.1957 teilte das Wohnungsamt der Tbk.-Fürsorge mit, daß dem Kranken am 12.12.1956 ein Merkblatt sowie ein Antragsvordruck zugesandt worden wären, der Kranke sich aber nicht beim Wohnungsamt gemeldet habe.

Zusammenfassung:
Seit 1956 bekannte Anamnese, bis kurz vor dem Stichtag ansteckungsfähig gewesen. Sehr schlechte Wohnverhältnisse, an deren Aufrechterhaltung der Kranke jedoch selbst die Schuld trägt. Die Ehefrau und der Sohn sind nie zur Untersuchung in der Tbk.-Fürsorgestelle erschienen, sodaß über eine intrafamiliäre Infektion keine Angaben gemacht werden können. Aus Platzmangel schlief der Kranke mit seiner Frau im gleichen Bett.

Fall Nr.39: Z., Horst, 30 Jahre

Familie: Ehefrau Z., Maria, 42 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke erhält Sozialunterstützung, ist einmal wegen Einbruchs verurteilt worden.

Anamnese:
Feststellung der Erkrankung im Jahre 1949, damaliger Befund Fb12 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund). Vom 2.2. 1951 bis 26.3.1953 stationäre Behandlung in der Tbk.-Kran - kenabteilung der Berliner Vollzugsanstalten, Diagnose bei Einweisung Ia13, bei Entlassung Ic33. Im August 1954 Änderung in Ia14. Vom 21.12.1955 bis 13.2.1956 Krankenhaus - aufenthalt, Diagnose bei Einweisung Ia17, bei Entlassung (gegen ärztlichen Rat) Ia15. Seitdem keine Änderung bis zum Stichtag.
FA.: Die Ehfrau ist trotz mehrmaliger Aufforderungen nie in der Tbk.-Fürsorgestelle zur Untersuchung erschienen, aufgrund einer Schirmbildaufnahme vom 21.10.1954 wurde sie als IIc51 eingestuft.

Wohnung:
Bis zum August 1953 bewohnte der Kranke als Untermieter ein kleines möbliertes Zimmer, dann wurde ihm vom Wohnungsamt eine Kochstube zugewiesen. Nach seiner Heirat im Mai 1954 bezog der Kranke mit seiner Frau eine helle 1/1-Parterre-Wohnung in einem Seitengebäude. Diese Wohnung ist nur dürftig möbliert, für beide ist nur eine alte Couch als Schlafgelegenheit vorhanden. Daraufhin wurde ihm von der Tbk.-Fürsorgestelle über das Sozialamt ein zweites Bett beschafft (der Zeitpunkt läßt sich nicht feststellen). Am Stichtag schlief der Kranke in einem eigenen Bett.

Bemerkungen:
Der Kranke ist sehr uneinsichtig und sein Verhalten sehr asozial. In einem Besuchsbericht einer Fürsorgerin vom 9.4.53 heißt es:".... daß das Wohnungsamt ihm in kurzer Zeit eine Kochstube zuweist, ist für den Kranken selbstverständlich,

ebenso, daß die Möbel und die Miete vom Sozialamt bezahlt werden. Im anderen Falle, so äusserte der Kranke, wäre er darauf angewiesen, wieder einbrechen zu gehen".

Seine Frau entband im gleichen Monat der Heirat, das Kind ist aber nach zwei Monaten an Herzversagen gestorben. 1955 liess sich der Kranke von seiner Frau scheiden, diese wohnte aber weiter bei ihm. 1956 äusserte der Kranke, daß er seine Frau wieder heiraten wolle; am Stichtag waren die Verhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Seit 1949 bekannte Anamnese, grösstenteils ansteckungsfähig gewesen. Zunächst schlechte Wohnverhältnisse, sodaß der Kranke aus Platzmangel mit der Frau in einem Bett schlief. Nach Verbesserung der Wohnverhältnisse war kurze Zeit Geldmangel der Grund für die Tatsache, daß der Kranke mit seiner Frau zusammen schlief. Beseitigung des Bettenmangels durch das Sozialamt. Die Ehefrau ist nie zur Untersuchung bei der Tbk.-Fürsorge erschienen, sodaß über eine intrafamiliäre Infektion keine Aussagen gemacht werden können.

Fall Nr.40: F., Irmgard, 43 Jahre

Familie: Ehemann F., Otto, 52 Jahre - F., Wolfgang, 20 J., (hält sich ausserhalb der Familie auf)

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Tapezierer, über die Höhe seines Einkommens sind keine Unterlagen vorhanden. Der Sohn der Kranken ist beim amerikanischen Wachdienst (IP) beschäftigt und wohnt in einer Kaserne.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige 1953 durch den Hausarzt. Befund bei AU am 15.6.1953 (Aufnahme + Durchleuchtung) IIa45. Keine Änderung bis zum November 1957, am 4.11.1957 Ia14. Krankenhausaufenthalt vom 9.11.1957 bis über den Stichtag hinaus, Diagnose bei Erkrankungsanzeige des Krankenhauses Ia15.
FA.: Der Ehemann erschien nur einmal (am 24.6.1953) zur Untersuchung, wurde als IIc5l eingestuft. Nach der Feststellung der Reaktivierung im November 1957 war der Ehemann am Stichtag noch nicht erschienen. Da der Sohn sich ausserhalb der Familie aufhält, sind von ihm keine Befunde vorhanden.

Wohnung:
Die Kranke bewohnt mit ihrem Ehemann eine kleine 1/1-Wohnung im vierten Stock. Aus Platzmangel schlief die Kranke bis zu ihrer Krankenhauseinweisung mit dem Ehemann im gleichen Bett.

Bemerkungen:
Da die Kranke bei einer langjährigen Anamnese erst im November 1957 an ansteckungsfähiger Tbk. erkrankte, ist die Zeitspanne bis zum Stichtag nur gering, sodaß über diesen Fall keine weiteren Angaben gemacht werden können.

Zusammenfassung:
Seit 1953 bekannte Anamnese (klinisch geheilte Tbk.), Reaktivierung im November 1957. Schlechte Wohnverhältnisse; bis zur im gleichen Monat erfolgenden Krankenhauseinweisung schlief die Kranke mit ihrem Ehemann aus Platzmangel im gleichen Bett. Wegen der geringen Zeitspanne der Beobachtungsmöglichkeit (8 Wochen) sind über eine intrafamiliäre Infektion keine Angaben möglich.

Fall Nr.41: F., Walter, 55 Jahre

Familie: Ehefrau F., Helene, 49 Jahre - F.,Karin, 19 J., F., Wolfgang, 17 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Rentner, sein früherer Beruf sowie die Höhe der Rente sind nicht bekannt.

Anamnese:
Erkrankungsanzeige 1952 durch Hausarzt. Befund bei Au (Durchleuchtung + Aufnahme, pos.Bazillenbefund) am 22.7. 1952 Fa5 (ansteckungsfähige Tbk. mit Bazillenbefund). Krankenhausaufenthalt vom 18.8. bis 3.10.1952. 22.11.1952 Ia15, 5.10.1954 Ia15/Ic35, 12.4.1955 Ic35. Am 9.12.1955 Änderung in Ia15, seitdem bis zum Stichtag keine Änderung.
FA.: Ehefrau Helene bei AU am 15.8.1952 als unklarer Überwachungsfall (seit Einführung der neuen Diagnosenordung als IIc51) eingestuft. Keine Änderung bis zum Stichtag.
Karin bei AU am 15.8.1952 als unklarer Überwachungsfall eingestuft, Moro negativ. Am 31.3.1953 Erkrankungsfeststellung, Diagnose Ic34. Am 2.9.1953 Änderung in IIa44. Seit 27.4.1956 IIc51. Wolfgang bei AU am 15.8.1952 als unklarer Überwachungsfall eingestuft, Moro negativ. Am 1.9.1953 Moro positiv, Änderung der Diagnose in Ic33. Am 9.5.1955 IIa41, seitdem keine Änderung bis zum Stichtag.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine 1/1-Wohnung im vierten Stock eines Seitenflügels. In der Stube stehen zwei Betten und eine Couch, zum Aufstellen einer vierten Schlafgelegenheit fehlt der Platz. Der Kranke schläft allein auf der Couch, die Ehefrau mit der Tochter in einem, der Sohn im anderen Bett.

Bemerkungen:
Obwohl der Kranke allein schläft, wurde er von der Tbk.-Fürsorge als a.T.o.e.B. geführt, da in der Familie ein Bett fehlte. 1952 schlief der Sohn zeitweise bei den Nachbarsleuten,

sodaß dann jedes Familienmitglied in einem eigenen Bett schlief. Im August 1952 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt, worin um Zuweisung einer grösseren Wohnung gebeten wurde. Wie aus den Unterlagen ersichtlich, wurden dem Kranken während der Berichtszeit einige Wohnungen zugewiesen, bei denen die Mietkosten aber über 80.- DM lagen, weshalb sie für den Kranken nicht in Frage gekommen sind.

Zusammenfassung:
Seit 1952 bekannte Anamnese, vorübergehende klinische Heilung, Reaktivierung 1955. Ungünstige Wohnverhältnisse. Der Kranke schläft zwar in einem eigenen Bett, wird aber von der Tbk.-Fürsorge als a.T.o.e.B. geführt, da für die ganze Familie ein Bett zu wenig vorhanden ist, was auf Platzmangel zurückzuführen ist. Bei zwei Kindern trat eine tuberkulöse Erkrankung ein.

Fall Nr.42: Z., Gerd, 26 Jahre

Familie: Ehefrau Z., Inge, 31 Jahre

Soziale Verhältnisse:
Der Kranke ist Spritzlackierer von Beruf, bezieht Sozialunterstützung (ca.63.- DM wöchentlich). Die Ehefrau leidet seit einigen Jahren an einem Morbus Basedow und an Gleichgewichtsstörungen, sodaß auch sie nicht arbeitsfähig ist.

Anamnese:
Seit 1947 bekannte Erkrankung, damalige Befunde nicht vorhanden. Vorübergehende klinische Heilung, Rekativierung 1955. Vom 28.11.1955 bis 1.2.1956 Krankenhausaufenthalt, Diagnose bei Einweisung Ia14, bei Entlassung (gegen ärztlichen Rat) Ia15. Bis zum Stichtag keine Änderung.
FA.: Ehefrau bei AU im November 1955 IIc51, keine Änderung bis zum Stichtag.

Wohnung:

Zum Zeitpunkt der Reaktivierung (1955) bewohnte der Kranke mit seiner Ehefrau ein kleines möbliertes Zimmer in Untermiete. Im Frühjahr 1956 zog der Kranke in eine 1/1-Wohnung im vierten Stock eines Quergebäudes. In dieser Wohnung wohnte vorher ein ebenfalls ansteckend Tuberkulöser, der seinerseits von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erhalten hatte, da die Wohnung für ihn nicht geeignet war. (Die Wohnung ist sehr klein und hat viel Aussenwände, ist daher auch sehr kalt). Für den Kranken und seine Frau stehen als Schlafgelegenheiten je eine schon sehr alte Couch zur Verfügung. Hiervon ist eine aber nur geliehen, weshalb der Kranke von der Tbk.-Fürsorge als a.T.o.e.B. geführt wird.

Zusammenfassung:

Seit 1947 bekannte Erkrankung. Reaktivierung im November 1955, von da bis zum Stichtag ansteckungsfähig gewesen. 1955 schlechte Wohnverhältnisse, 1956 geringe Verbesserung. Der Kranke schläft auf einer geliehenen Couch, wird deshalb von der Tbk.-Fürsorgestelle als a.T.o.e.B. geführt. Die Ehefrau ist nicht erkrankt.

Fall Nr.43: O., Dagmar, 13 Jahre

Familie: (Vater im 2.Weltkrieg vermisst) Mutter O., Hildegard, 40 Jahre, Freund der Mutter S.,Wolfgang, 45 Jahre, Kinder der beiden: P., Ronald, 4 Jahre, P., Sabine, 2 Jahre, P., Thomas, 1 Jahr, Sohn des Freundes der Mutter S., Detlef, 16 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Die Mutter der Kranken bezieht Kriegshinterbliebenenrente und Kindergeld, insgesamt ca. 800.- DM monatlich. Die Verdiensthöhe des Freundes der Mutter ist nicht bekannt.

Anamnese.

Erkrankungsanzeige im September 1957 durch Hausarzt. Befund bei AU am 12.9.1957 (Aufnahme + Durchleuchtung) Ib 22. Am 13.9.1957 Einweisung in ein Tbk.-Krankenhaus, Diagnose am Stichtag Iall, Behandlung über den Stichtag hinausgehend. (Entlassung am 11.6.1958, Diagnose Ic33).
FA.: Mutter Hildegard O. bei AU (bei allen Personen am 16.9.1957) IIc51. Wolfgang und Detlef S. ebenfalls IIc51. Die Geschwister Ronald, Sabine und Thomas bei AU IIc51, alle Moro-negativ. Bei Ronald am 19.12.1957 Moro positiv, Änderung der Diagnose in IIa41.

Wohnung:

Bei Erkrankungsbeginn wohnte die Familie der Kranken in einer sehr verwohnten 1/1-Wohnung. Bis zur Feststellung der Erkrankung schlief Dagmar mit der Mutter in einem Bett. Ausserdem schliefen im gleichen Zimmer der Sohn des Freundes der Mutter auf einer Chaiselongue sowie die drei Kleinkinder in zwei Kinderbetten und einem Kinderwagen, der Freund der Mutter schlief ausserhalb der Familie. Nach Feststellung der Erkrankung schlief die Kranke bis zur Krankenhauseinweisung allein in der Küche,

Bemerkungen:

Am 28.9.1957 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt erteilt. Im Januar 1958 - also nach dem Stichtage - wurde der Familie der Kranken eine sonnige, helle trockene und gut heizbare 3/1-Wohnung mit Korridor, Bad und Innentoilette zugewiesen. Seitdem ist für jedes Familienmitglied ein eigenes Bett vorhanden.

Zusammenfassung:

Seit September 1957 bekannte ansteckungsfähige Tbk. Baldige Krankenhauseinweisung. Schlechte Wohnverhältnisse, die 13-jährige Kranke schlief aus Platzmangel mit der Mutter in einem Bett. Nach Feststellung der Erkrankung bis zur Krankenhauseinweisung schlief sie allein in der Küche. Im Januar 58 wesentliche Verbesserung der Wohnverhältnisse, seitdem

ist für jedes Familienmitglied ein eigenes Bett vorhanden. Wegen der unmittelbar nach Eintritt des Stichtages eingetretenen Verbesserung der Wohnverhältnisse wird dieser Fall so gewertet, als wäre die Verbesserung bereits am Stichtag eingetreten. 1 Kind war Moro positiv; Erkrankungen sind innerhalb der Familie nicht aufgetreten.

Fall Nr.44: R., Waltraud, 22 Jahre

Familie: Ehemann R., Hans, 23 Jahre, R.,Gabriele, geb.21.7. 1957

Soziale Verhältnisse:
Der Ehemann arbeitet als Konfektionsschneider. Die Höhe des Einkommens ist nicht bekannt.

Anamnese:
Bis zum März 1957 wohnte die Kranke in einem anderen Stadtbezirk. Nach den Unterlagen der dortigen Tbk.-Fürsorgestelle ist sie 1957 erstmalig an Tbk. erkrankt. Beide Elternteile, eine Schwester und ein Großvater der Kranken sind an Tbk. gestorben (Anamnese und Sterbedaten sind nicht bekannt). Befund am 11.3.1952 Fcl6 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). Vom 1.12.54 bis 29.4.55 HV, Diagnose bei Einweisung: gemischtförmige, produktive infiltrative Oberlappentbk. links, Diagnose bei Entlassung: produktiv-cirrhotische Resttuberkulose im linken Oberfeld, Ic33. Am 6.7.1957 Änderung der Diagnose in Ial5. Am 11.7. Einweisung ins Krankenhaus, am 21.7. Entbindung. Entlassung gegen ärztlichen Rat am 25.9. 1957, Diagnose bei Entlassung und am Stichtag Ial5.
FA.: Ehemann Hans wurde aufgrund einer Schirmbildaufnahme vom 19.7.1957 als IIc5l eingestuft. Das Kind ist sofort nach der Geburt in ein Kinderkrankenhaus überwiesen worden, wo eine BCG-Impfung durchgeführt wurde, Entlassung am 1.10.1957.

Wohnung:
Bis zu ihrer Heirat im März 1957 hat die Kranke zweimal die Wohnung gewechselt, über diese sind keine Unterlagen vorhanden. Nach der Heirat bezog sie mit ihrem Ehemann eine 1/1-Kellerwohnung. Diese besteht aus zwei feucht-kalten Räumen, von denen der als Küche gedachte erst noch ausgebaut wird. Die Toilette im Keller wird von den Nachbarn mitbenutzt. Aus Platzmangel schläft die Kranke mit dem Ehemann in einem französischen Ehebett, das Kind schläft im gleichen Zimmer im Kinderwagen.

Bemerkungen:
Am 10.7.1957 wurde von der Tbk.-Fürsorge eine Befürwortung an das Wohnungsamt ausgestellt, in der darauf hingewiesen wurde, daß die Kranke kurz vor der Entbindung steht. Am Stichtage waren die Verhältnisse unverändert.

Zusammenfassung:
Seit 1947 bekannte Anamnese - Eltern, eine Schwester und ein Grossvater der Kranken an Tbk. verstorben. Reaktivierung während einer Gravidität im Sommer 1957. Entbindung im Krankenhaus, Kind sofort nach der Geburt in ein Kinderkrankenhaus zur BCG-Impfung überwiesen. Sehr schlechte Wohnverhältnisse. Die Kranke schläft aus Platzmangel mit dem Ehemann in einem Bett. Eine intrafamiliäre Infektion liess sich nicht nachweisen.

Fall Nr.45: K., Marie, 35 Jahre

Familie: Ehemann K., Pandjotis, 35 Jahre - Söhne der Mutter Sch., Peter, 13 Jahre, Sch., Werner, 11 Jahre (halten sich bei den Grosseltern im Sowjetsektor auf).

Soziale Verhältnisse:
Die Kranke ist von Beruf Plätterin, sie betreut zusammen mit ihrem Ehemann seit 1954 eine Annahmestelle für eine Wäscherei.

Anamnese:
Erkrankungsfeststellung bei einer Reihenuntersuchung 1951. Befund bei AU am 17.4.51 Fb12 (ansteckungsfähige Tbk. ohne Bazillenbefund.) Krankenhausaufenthalt von April bis Dezember 1951, Pneumothoraxanlage links, Entlassungsdiagnose Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk. Am 10.11. 1952 Änderung der Diagnose in Fa5 (= Ia15 ab 23.3.53). Am 20.11.1956 Ia15/Ic35, seit 10.9.57 Ic35.
FA.: Ehemann bei Au am 26.5.53 als IIc51 eingestuft, keine Änderung bis zum Stichtag. Die sich außerhalb der Familie aufhaltenden Kinder werden im Sowjetsektor regelmäßig durchleuchtet. Nach Mitteilung der für die Kinder zuständigen Tbk.-Fürsorgestelle ist die Moroprobe bei beiden 1951 erstmalig positiv ausgefallen.

Wohnung:
Die von der Kranken und ihrem Ehemann bewohnte Wohnung war ursprünglich und ist zum Teil auch noch Laden, Steinfuss - boden. Zunächst schlief die Kranke mit ihrem Ehemann in einem Bett, da keine Mittel zur Anschaffung eines zweiten Bettes vorhanden waren (1953). Im Jahre 1954 erhielt die Kranke durch die Tbk.-Fürsorge ein Bett, der Mann schlief danach in einem Nebenraum des Ladens, in dem aber damals noch kein Fenster vorhanden war. Bei einem Hausbesuch am 1.12.1955 wurde festgestellt, daß die Kranke wieder mit dem Ehemann zusammen in einem Bett schlief. Das alte Bett war infolge Feuchtigkeit stockig geworden und zusammengefallen. Auch fehlte zum Aufstellen der nötige Platz, da der eine Raum als Laden vergrössert worden war. 1957 hat sich die Familie den Nebenraum des Ladens renovieren lassen und sich eine Schlafcouch sowie einige andere Möbelstücke angeschafft. Aus Platzmangel schläft die Kranke aber weiterhin mit dem Ehemann in einem Bett.

Zusammenfassung:
Seit 1951 bekannte Anamnese, von 1952 bis 1956 ansteckungsfähig gewesen. Schlechte Wohnverhältnisse, zum Teil durch eigenes Verschulden bedingt. Aus Platzmangel schlief die Kranke mit dem Ehemann in einem Bett. Zwei Kinder der Kranken leben ausserhalb der Familie. Bei beiden Kindern war

bereits 1951 eine Infektion eingetreten, es wird aber bei der Auswertung (s.Tab.7,S.27) darauf hingewiesen, daß die Kinder außerhalb der Familie lebten.

Fall Nr.46: I., Kurt, 51 Jahre

Familie: Ehefrau I., Anna, 52 Jahre, I.,Horst, 26 Jahre, I., Manfred, 22 Jahre, I., Karola, 17 Jahre, I., Lothar, 14 Jahre.

Soziale Verhältnisse:

Der Kranke, von Beruf Töpfer, ist ein mehrfach vorbestrafter Einbrecher, der auch seine Kinder zu Einbrüchen verleitete. Zuletzt verbüsste er eine vierjährige Zuchthausstrafe. Seit 1955 arbeitete der Kranke aber wieder als Töpfer, die Höhe des Verdienstes ist nicht bekannt.

Anamnese:

Erkrankungsfeststellung 1947 durch die Berliner Vollzugsanstalten. Im Jahre 1948 erfolgte Entlassung wegen Haftunfähigkeit, Diagnose am 12.8.48 Fc20 (aktive, aber nicht ansteckungsfähige Tbk.). Am 17.4.51 Änderung in Fa6 (ansteckungsfähige Tbk. mit Bazillenbefund). Vom 22.10. bis 17.12.52 HV. Diagnose am 9.6.1953 Ia15. Vom 7.8. 1953 bis 17.12.1954 stat. Behandlung in der Tbk.-Abteilung der Berliner Vollzugsanstalten (Verbüssung der Reststrafe, Diagnose bei Einweisung und Entlassung Ia15. Im August 1955 Ia15/Ic35, seit 10.1.1956 Ic35.

FA.: Ehefrau bei AU am 19.6.1951 als Überwachungsfall (= IIc51 ab 1953) eingestuft, seit 1955 nicht mehr zur Untersuchung erschienen. Horst aufgrund einer Schirmbildaufnahme vom 22.7.1954 als IIc51 eingestuft, keine Änderung bis 1955, seitdem nicht mehr erschienen. (Horst I. war von März 1953 bis Januar 1954 in Haft). Manfred bei AU am 30. 1. 1950 als Überwachungsfall eingestuft, im April 1952 Änderung der Diagnose in Ic34. Krankenhausaufenthalt von Mai bis August 1952, vom 22. 10. bis 17.12. 1952 HV, keine Änderung der Diagnose. (Von März bis Oktober 1954 befand

sich Manfred in Haft). Im Juni 1956 Änderung der Diagnose in IIa44. Karola wurde BCG-geimpft (Zeitpunkt nicht bekannt). Sie wurde als IIc51 eingestuft. Lothar wurde ebenfalls BCG-geimpft, gleichfalls als IIc51 eingestuft.

Wohnung:
Der Kranke bewohnt mit seiner Familie eine 1/1-Parterre-Wohnung im Hinterhaus. Die Stube ist sehr geräumig, die Küche sehr klein und schmal. Bis 1955 schlief die Ehefrau mit der Tochter in dem einzigen vorhandenen Bett, auf einem Sofa schlief der jüngste Sohn Lothar, während die beiden älteren Söhne auf dem Fussboden und der Vater auf dem Tisch schliefen. 1955 erhielt die Familie einen weiteren Raum, der zwar ausserhalb der Wohnung, aber im gleichen Hause gelegen war. Seitdem wurde dieser von den beiden älteren Söhnen zum Schlafen benutzt. Über spätere eventuelle Veränderungen der Wohnverhältnisse ist nichts bekannt, da der Kranke seit 1956 nicht mehr ansteckungsfähig ist.

Bemerkungen:
Im Jahre 1948 erhielt die Tbk.-Fürsorgestelle von der Sozialen Gerichtshilfe eine Mitteilung, in welcher das soziale Verhalten des Kranken geschildert wird. U.a. heißt es: " I. ist ein mehrfach vorbestrafter Mensch, der auch seine Kinder zu Verbrechern erzieht und gemeinsame Raubzüge mit ihnen unternimmt. Besondere fürsorgerische Maßnahmen sind in dem Falle zwecklos und unangebracht. Wir bitten daher, die dortigen eventuellen Maßnahmen auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken".

Zusammenfassung:
Seit 1947 bekannte Anamnese, von 1951 bis 1955 ansteckungsfähig gewesen. Schlechte Wohnverhältnisse in asozialer Familie. Der Kranke schlief damals auf dem Tisch. Ein Kind erkrankte im Alter von 17 Jahren, zwei Kinder wurden BCG-geimpft, diese erkrankten nicht.

Fall Nr.47: G., Ingeborg, 28 Jahre

Familie: Ehemann G., Fredy, 29 Jahre - Sohn der Mutter aus erster Ehe Jürgen, 9 Jahre

Soziale Verhältnisse:

Die Kranke kam zusammen mit ihrer Familie im Dezember 1956 nach Westberlin. Zunächst erhielt die Familie Sozialunterstützung. Der Ehemann erhielt im Frühjahr 1957 eine Anstellung als Bauarbeiter, wo er wöchentlich 75.- DM verdiente.

Anamnese:

Beginn der Erkrankung nach Angaben von Frau G. 1951; über den früheren Verlauf liegen keine Befunde vor. Befund bei AU (Durchleuchtung + Aufnahme, pos. Bazillenbefund) am 25.1. 1957 Ia13. Krankenhausaufenthalt vom 5.2. bis 6.4.1957, Behandlung gegen ärztlichen Rat abgebrochen. Am 17.4.1957 Änderung der Diagnose in Ia15, am 16.11.1957 in Ia15/Ic35. FA.: Der Ehemann wurde aufgrund einer Schirmbildaufnahme vom 17.1.1957 als IIc51 eingestuft. Keine Änderung bis zum Stichtag. Sohn Jürgen bei AU (Aufnahme + Durchleuchtung) am 21.5.1957 IIc51, Moro am 6.5.1957 negativ. Keine Änderung bis zum Stichtag.

Wohnung:

Als die Familie im Dezember 1956 nach Westberlin kam, zog sie zunächst zur Mutter des Ehemannes, um nicht in einem Lager leben zu müssen. Die Mutter des Ehemannes bewohnt mit ihrer Tochter eine 1/1-Wohnung. In dieser Wohnung schlief der Sohn der Kranken auf einem Sofa im Zimmer der Grossmutter und deren Tochter, die Kranke schlief mit dem Ehemann in der Küche auf dem Steinfussboden. Im Frühjahr 1957 erhielt die Familie aufgrund einer Befürwortung durch die Tuberkulosefürsorge eine 2/1-Wohnung mit Innentoilette im dritten Stock eines Vorderhauses. Seitdem hat jedes Familienmitglied eine eigene Schlafgelegenheit.

Zusammenfassung:

Vermutlich seit 1951 bekannte Anamnese. Während der Beobachtungszeit durch die Tuberkulosefürsorge, d.h.von Dezember 1956 bis zum Stichtage, über ein halbes Jahr ansteckungsfähig gewesen. Schlechte Wohnverhältnisse bestanden nur einige Monate, während derer die Kranke mit dem Ehemann auf dem Fussboden in der Küche schlief. Danach Verbesserung der Wohnverhältnisse, seitdem schläft jedes Familienmitglied in einem eigenen Bett. Eine intrafamiliäre Infektion während der Berichtszeit konnte nicht festgestellt werden.

VII. Zusammenfassung:

Es wurde eine Analyse durchgeführt, die das Ziel verfolgte, die Ursachen und Auswirkungen des Bettenmangels in Familien mit ansteckungsfähiger Tuberkulose festzustellen.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf drei Westberliner Stadtbezirke mit dem größten Bettenmangel. Diese drei Bezirke sind bei einer Gesamteinwohnerzahl von 648 731 (am 31.12.1957) einer Großstadt wie Frankfurt am Main (31.12.1957: 639 330) vergleichbar.

Aus diesen Bezirken wurden sämtliche den Tuberkulosefürsorgestellen zwischen dem 1.1.1953 und dem 31.12.1957 bekannten Fälle untersucht, die als ansteckungsfähige Tuberkulöse ohne eigenes Bett (a.T.o.e.B.) registriert waren. Auf diese Weise wurde ein Untersuchungsmaterial von 47 Fällen erhalten.
In 26 Fällen handelte es sich hierbei um männliche, in 21 Fällen um weibliche Kranke. Mit drei Ausnahmen waren alle Kranken am Stichtage (31.12.1957) über 20 Jahre alt. (Das mittlere Alter betrug am Stichtage 41,7 bei männlichen, 31,7 bei den weiblichen Kranken).

Zum Zeitpunkt der Registrierung durch die Tuberkulosefürsorgestellen lebten mit nur einer Ausnahme alle Kranken in unzureichenden, d.h. zu kleinen Wohnungen.

Die Gesamtpersonenzahl der mit den Kranken zusammenlebenden Personen betrug 152, darunter 65 Erwachsene, 11 Jugendliche und 76 Kinder. In vier Fällen hatten die Kranken zwar ein eigenes Bett, wurden aber von den Fürsorgestellen als a.T.o.e.B. geführt, weil die Zahl der Betten in diesen Fällen nicht der Zahl der Familienmitglieder entsprach bzw. weil ein Bett nur geliehen war.

In drei dieser Fälle war Platzmangel die Ursache für den Bettenmangel, wobei in zwei Fällen der Platzmangel durch uneinsichtiges Verhalten der Kranken verursacht wurde, in einem Falle wurde Geldmangel als Ursache für den Bettenmangel erkannt.

In den übrigen Fällen war ebenfalls Platzmangel die eigentliche Ursache für das fehlende Bett. Dies konnte in 38 Fällen festgestellt werden, worunter sich wiederum drei befanden, in denen die Schuld der Kranken für den Platzmangel verantwortlich war. In einem Falle konnte Geldmangel, der aber am Stichtag beseitigt war, als Grund für das fehlende Bett gefunden werden. In drei Fällen stellte sich heraus, daß weder Platz - noch Geldmangel vorlagen, sondern uneinsichtiges Verhalten der Kranken als Ursache für den Bettenmangel in Frage kamen.

Am Stichtag hatte sich die Situation wesentlich geändert. Platzmangel lag nur noch in 19 Fällen vor, einmal konnte Geldmangel, der aber durch das Verhalten des Kranken entstanden war, festgestellt werden, während sich die Zahl der Fälle, in denen der Bettenmangel selbst verschuldet war, auf 5 erhöht hatte.

Der Rückgang des Platzmangels konnte auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Acht Fälle waren ausgeschieden, davon sieben durch Umgruppierung in andere Diagnosengruppen, einer durch den Tod der Kranken. In 12 Fällen trat während der Berichtszeit eine Besserung der Wohnverhältnisse ein. Infolge uneinsichtigen Verhaltens der Kranken in drei und Geldmangels in einem dieser Fälle schlief nur in acht Fällen der Kranke in einem eigenen Bett. Unter diesen zwölf Fällen befanden sich aber nur vier, in denen die Kranken am Stichtage eine der Grösse ihrer Familie entsprechende Wohnung besaßen; in den übrigen war die Wohnraumverbesserung so gering, daß die Kranken weiterhin in zu kleinen Wohnungen lebten. Hierbei spielte die für grössere Wohnungen höhere Miete keine Rolle. Offensichtlich war für diesen Zustand das Wohnungsamt verantwortlich, woraus der Schluß zu ziehen ist, daß es an grösseren Wohnungen mangelt.

In zwei weiteren Fällen trat ebenfalls eine Änderung der Wohnverhältnisse ein, in denen von einer Verbesserung nicht gesprochen werden kann.

Die Aufteilung der Kranken in die verschiedenen Gruppen der SCHRÖDER'schen Qualitätsdiagnosenordnung ergab zwei Fälle von Ia11, 2 von Ia13, 8 von Ia14, 34 von Ia15 und einen Fall von Ib25, d.h. der Formenkreis der vorwiegend produktiv-cirrhotisch verlaufenden Lungentuberkulose war - dies entspricht den bisherigen Erfahrungen - weitaus am häufigsten vertreten, was als Ausdruck des chronischen Verlaufes der meisten Fälle angesehen werden kann.

Der zweite Teil der Analyse befaßte sich mit der klinischen Situation, d.h. der intrafamiliären Infektion. Dabei wurden die betroffenen Personen in zwei Gefahrenkreise unterteilt: A. Personen, die mit den Kranken im gleichen Bett schliefen (Tab.6), B. alle übrigen Personen (Tab.7). Zwei Punkte waren bei dieser Zusammenstellung zu berücksichtigen: 1. Einige Personen waren infolge mangelnder Krankheitseinsicht überhaupt nicht - oder nur einmal - zur Untersuchung erschienen, 2. Bei erwachsenen Kontaktpersonen werden keine Tuberkulinproben durchgeführt; alle als IIc-Fälle (gesunde Exponierte und exponiert gewesene) geführte Personen wurden, da eine Infektion nicht mit Sicherheit auszuschließen war, als infiziert angesehen.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte ergab sich folgendes Bild: Bei der Gruppe A handelte es sich um 38 Erwachsene und fünf Kinder. Von den Erwachsenen erkrankten fünf Personen (eine vor dem Patienten), von den Kindern drei. Fünf Erwachsene erschienen nur einmal zur Untersuchung (Diagnose: IIc) und fünf konnten nicht erfasst werden. Die übrigen Erwachsenen wurden als infiziert angesehen und zwei der Kinder waren nachweislich infiziert.

Bei Gruppe B handelt es sich um 27 Erwachsene, 11 Jugendliche und 71 Kinder. Hier erkrankten ebenfalls fünf Erwachsene (zwei davon erkrankten vor dem Patienten), drei Jugendliche

und 15 Kinder. Acht Erwachsene und zwei Jugendliche wurden nicht erfaßt (s.Tab. 7).

Von den Kindern waren 15 nachweisbar infiziert, 10 wurden nicht erfaßt, 14 waren nachweisbar gesund und 17 wurden BCG-geimpft (von den Jugendlichen wurde einer BCG-geimpft). Bei allen BCG-geimpften Personen konnte keine Erkrankung nachgewiesen werden.

Aus diesen Ergebnissen wurde der Schluß gezogen, daß das fehlende Bett nach wie vor für die Verbreitung der Infektion, wie auch für das Auftreten der Erkrankung, besonders bei Kindern, von Bedeutung ist.

Literaturverzeichnis

1) Adam, E.O. — Wohnungsfürsorge für Tuberkulosekranke. Öff.Gesd.dienst 23.Jg., Heft 10, S. 473

2) Barr, A. — Socio-economic conditions of tuberculous patients in Northern Ireland. Tubercle, London, 36 (1955), S.345

3) Braeuning, H. — Erfahrungen mit besonders für Tuberkulöse gebauten Wohnungen. Öff.Gesd.dienst, Teil B, H.17, S.476 (1936/37)

4) dto. — Mindestforderungen an eine planmässige Tuberkulosebekämpfung. Öff.Gesd.dienst 3.Jg. H.13, S.473 (1937/38)

5) Brieger, E. — Erg.ges. Tbk.forsch. Bd.6, Jg.1934, S. 545

6) Bürgers, J. — Wohnung und Tuberkulose. Öff.Gesd.dienst, 11.Jg.(1949) H.5 S. 159

7) dto. — Tuberkuloseproblem und Wohnungshygiene. Gesd.-Ing., 7.Jg., (1949), H.3/4, S.73

8) Bungenstock,H. — Die Wohnung Offentuberkulöser in einer Arbeitergroßstadt. Öff.Gesd.dienst, 5.Jg. (1939), H.3,S.64

9) Cornet, G. — Die Tuberkulose. Verlag Hölder, Wien 1907, Bd.I, S.428

10) Dörner, K. — zit. nach Hittel (20), S.8

11) Dresel, E.G. — Einfluss der Wohnung auf die Entwicklung der Tuberkulose. Handbuch der Tbk.-Fürsorge, Bd.2, S.64 (1926)

12) Fischer, A. — Tuberkulose und soziale Lage Handbuch der Tbk.Fürs. Bd.2 (1926), S.87

13) Flügge, C. — Großstadtwohnung und Kleinhaussiedlung. Fischer, Jena 1916, S. 44

14) dto. — Grundriss der Hygiene. de Gruyter Verlag, Berlin u.Leipzig 1921, 9.Auflage, S. 711

15) Gottstein,A. — "Vielfaktorengesetz", zit.bei Schröder, E., Sozialhygienische Probleme in der Entwicklung der Tuberkulosefürsorge. Zschr. Tbk. Bd.100, 1950, S.9

16) Griesbach, R. — Die Tuberkulosebekämpfung. Thieme, Stuttgart 1948 (2.Aufl.),S.319

17) Harmsen, H. Wohnungsbeschaffung für Tuberkulöse. Städtehyg. Jg.1, 1950, S.171

18) Hatfield, Ch. The Open Case of Tuberculosis in relation to family and domestic associates. Bull. Un. Int.Tuberc. Oct. 1937, S.530

19) Hirsch Wohnungselend und Tuberkulose. Tübingen 1919 - zit.n.Hittel (20), S.9

20) Hittel, I. Einfluß der Wohnung auf das Krankheitsgeschehen bei der Tuberkulose. Inaug.-Diss. 1955 Berlin, S. 70

21) Ickert, Fr. Wohnung und Tuberkulose. Erg.ges.Tbk.forsch. Bd.VI, 1934, S.592

22) Ickert, Fr. Über die Bedeutung der Bekämpfung der Tuberkulose in der Nachkriegszeit. Zbl. Bakt.I (Orig.), Bd.153, 1948/49,S.77+

23) dto. Tuberkulosebekämpfung. Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, 1952, S. 535.

24) dto. Die Tuberkulose in ihrer sozialen Bedingtheit. Erg.ges.Tbk.forsch.,Bd.I, 1934, S. 515

25) Jakob, P. Die Tuberkulose und die hygienischen Mißstände auf dem Lande. Heymann Verlag Berlin 1910, zit.nach Dresel (11), S. 71.

26) Jouillerat zit.nach Gruber "Wohnung und Gesundheit". Handbuch der Hygiene, Bd.II, 1927, S.1

27) Koch, R. Epidemiologie der Tuberkulose. Zschr.Hyg. Bd.67, H.1, 1910, S.15.

28) Meyer, C. Unterbringung von Tuberkulösen in Stadtrandsiedlungen ? Berliner Med.Zschr. Jg.1, H.7/8, 1950, S.196.

29) Powell, D.A. The Open Case of Tuberculosis in relation to family and domestic associates. Bull. Un. Int.Tuberc. Oct.1937, S.536

30) Schröder, E. Sozialhygienische Probleme in der Entwicklung der Tuberkulosefürsorge. Zschr.Tbk. Bd.100, 1952, S. 9.

31) dto. Entwicklung und Bekämpfung der Tuberkulose in sozialhygienischer Schau. Öff.Gesd.dienst, 11.Jg.,H.7, 1949,S.225.

32) dto. Das Schicksal des chronisch Tuberkulösen. Dtsch.Med.Wschr.,79 Jg., Nr.8 1954, S. 327

33) Schröder E. u. Herbst Die intrafamiliäre Gefährdung der Kinder bei ansteckender Lungentuberkulose. Zschr.Tbk., Bd.89, H.5/6, 1942, S. 246.

34) Schröder, E. Qualitätsdiagnose und Tuberkulose - statistik. Öff.Gesd.dienst, 9.Jg., H.15/16, 1943, S.241.

35) Willführ Der derzeitige Gesundheitszustand unserer Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung der durch die Wohnungsnot hervorgerufenen gesundheitlichen Mißstände. Veröff.Med.Verw. Berlin, Bd.20, H.2, 1925, S. 115.

Es ist mir eine angenehme Verpflichtung, Herrn Professor Dr. med. E. S c h r ö d e r für die Überlassung des Themas sowie für wertvolle Ratschläge während der Durchführung der Arbeit zu danken.

Auch danke ich den Ärzten und Fürsorgerinnen der Tuberkulosefürsorgestellen in den Bezirken Kreuzberg, Reinickendorf und Wedding für ihre Unterstützung bei der Auswahl des Untersuchungsmaterials.

L e b e n s l a u f

Am 9. Juni 1933 wurde ich als Sohn der Schneiderin Maria Friebel, geb. Benad, in Dresden geboren. Von 1939 bis 1943 besuchte ich die Grundschule. Danach wurde ich in die Oberschule aufgenommen, wo ich acht Klassen durchlief.

1951 legte ich an der Oberschule Dresden-Süd die Reifeprüfung ab. Mein Medizinstudium begann ich im Herbst an der Humboldt-Universität Berlin. Nach drei Semestern wechselte ich zur Freien Universität Berlin über, wo ich 1954 die"Ärztliche Vorprüfung"bestand. Während der folgenden beiden Semester studierte ich im Rahmen des Austauschprogrammes Berlin - Bundesrepublik an der Ruprecht-Karl-Universität in Heidelberg. Im Anschluss daran kehrte ich an die Freie Universität Berlin zurück und legte hier nach Beendigung des Studiums am 25. Januar 1958 die "Ärztliche Prüfung" ab.

Meine Ausbildungszeit als Medizinalassistent begann am 1.Februar 1958 mit einer dreimonatigen Tätigkeit beim Gesundheitsamt Berlin-Schöneberg. Danach war ich jeweils vier Monate in der Chirurgischen Universitätsklinik und der Universitätsfrauenklinik und sechs Monate in der II.Medizinischen Klinik der Freien Universität tätig. Am 1.Juli 1959 begann ich im De Paul Hospital, Norfolk/Virginia ein zwölfmonatiges Rotating Internship und schloss während dieser Zeit - am 31.Januar 1960 - meine Ausbildungszeit als Medizinalassistent ab. Vom 1.Juli 1960 bis Mai 1961 habe ich in Norfolk/Virginia als Vollassistent gearbeitet, vorwiegend auf der Inneren und Pädiatrischen Abteilung des De Paul Hospital.

Mein Ziel ist, mich nach einer Fachausbildung in der Anaesthesie als Anaesthesist in den Vereinigten Staaten niederzu - lassen.

Photodruck der Photo Copie GmbH.